Avril 2006

Réglementation des professions de la santé en Ontario : nouvelles orientations

Rapport au ministre de la Santé et des Soins de longue durée sur les questions de réglementation touchant le personnel praticien, les patients et la clientèle

Présenté par le
Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé (CCRPS)

Ontario

Health Professions Regulatory Advisory Council

55 St. Clair Avenue West
Suite 806
Toronto ON M4V 2Y7
Tel (416) 326-1550
Fax (416) 326-1549

Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé

55, avenue St. Clair Ouest
Bureau 806
Toronto ON M4V 2Y7
Tél (416) 326-1550
Téléc (416) 326-1549

Ontario

Le 27 avril 2006

L'honorable George Smitherman
Ministre de la Santé et des Soins de longue durée
Édifice Hepburn, 10e étage
80, rue Grosvenor
Toronto (Ontario) M7A 2C4

Monsieur le Ministre,

Le Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé est heureux de vous présenter son premier rapport, en réponse à votre lettre du 7 février dans laquelle vous nous invitiez à formuler des avis sur un certain nombre de questions. En réponse à votre demande, nous avons réalisé une étude vaste et dynamique. Nous croyons que les recommandations contenues dans ce rapport peuvent servir à l'élaboration de politiques publiques judicieuses. Elles sont étayées par des analyses solides et elles ont été formulées avec la participation de plusieurs centaines de personnes. Nous tenons à souligner que la mise en œuvre de plusieurs de nos recommandations revêt un caractère d'urgence, car elles apportent des réponses à des problèmes qui sont en suspens depuis longtemps. Tout au long de nos travaux, nous nous sommes efforcés de repérer les forces nouvelles qui entraîneront – en Ontario et dans le monde entier – des changements rapides que nous devrons gérer sans pour autant affaiblir les exigences de sécurité, de qualité dans la prestation des services, et de compétence qui s'appliquent à nos professionnels de la santé.

Les soins de santé sont dispensés à des gens par des gens. Dans la formulation de nos conseils, nous avons particulièrement réfléchi à un certain nombre d'aspects reliés aux facteurs humains : les modalités de collaboration professionnelle; les moyens de tirer le meilleur parti du savoir et des compétences de tous, et de permettre à chacun de donner les meilleurs résultats possibles dans son travail; les mécanismes, enfin, qui peuvent rendre plus transparente et comptable la prestation de soins par les professionnels.

Nous attendons avec plaisir de collaborer avec vous dans le cadre de la phase suivante de cet important dialogue.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Barbara Sullivan, Présidente

Barry Brown

Peter Sadlier-Brown

Kevin Doyle

Ennis Fiddler

Mary Mordue

2007-01470/

Réglementation des professions de la santé en Ontario : nouvelles orientations

	Page
1. Introduction	1
2. Cadre législatif	5
3. Réglementation des optométristes	131
4. Réglementation des techniciens en pharmacie	144
5. Réglementation de l'homépathie et de la naturopathie	166
6. Réglementation de la kinésiologie	216
7. Réglementation de la psychothérapie	231
8. Réglementation des préposées aux services de soutien à la personne	257
9. Règlement sur les soins auditifs	283
10. Réglementation des opticiens	316
Annexe A : Lettre du ministre au CCRPS – 7 février 2005	332
Annexe B : Lettre du ministre au CCRPS – 16 juin 2005	336
Annexe C : Lettre du ministre au CCRPS – 18 janvier 2006	337
Annexe D : Recommandations	339

INTRODUCTION

Le Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé (CCRPS) présente au ministre de la Santé et des Soins de longue durée le présent rapport intitulé ***Réglementation des professions de la santé en Ontario : nouvelles orientations***. Ce rapport a été rédigé à l'issue d'une année consacrée à des consultations approfondies avec des professionnels de la santé, des associations, des ordres professionnels et des centaines de personnes qui s'intéressent aux questions vastes et structurantes que le ministre a posées au CCRPS en février 2005.

Les conseils formulés par le CCRPS ont été considérablement enrichis par de nombreuses personnes et organisations de toute la province, qui malgré des délais très serrés, ont consacré un temps et des ressources financières considérables à la préparation de contributions pertinentes à cet ambitieux projet. Le CCRPS les remercie d'avoir apporté leur savoir, leur expérience et leur engagement enthousiaste à nos délibérations et à l'élaboration de nos propositions de politiques publiques.

Le CCRPS estime que près de 2 000 personnes et organisations ont participé à ses travaux.

Un caractère d'urgence

Les recommandations contenues dans ce rapport contribueront à conserver à l'Ontario sa place enviée de chef de file dans la réglementation des professions de la santé. Elles portent sur des facteurs qui affectent l'efficacité, l'imputabilité, le rendement, la qualité et la transparence de nos professionnels de la santé et des ordres qui les réglementent. Nombre de questions au sujet desquelles le CCRPS formule aujourd'hui des recommandations sont en suspens depuis plusieurs années et certaines revêtent à présent un caractère d'urgence.

Plus que jamais, les professionnels de la santé doivent pouvoir adopter de nouvelles technologies et suivre l'évolution des méthodes de prestation de services, tout en intégrant un savoir avancé dans leurs pratiques. Les recommandations du CCRPS tiennent compte de la nécessité de faciliter les progrès aussi bien sur le plan professionnel qu'à l'échelle du système. En effet, nous savons que les Ontariennes et les Ontariens veulent avoir la certitude qu'ils reçoivent les soins les meilleurs et les plus sûrs, dispensés par les professionnels les plus qualifiés. Enfin, nos recommandations confirment que les organismes de réglementation doivent disposer des outils appropriés pour faire correctement leur travail.

Les attitudes des Ontariennes et des Ontariens à l'égard des soins de santé ont considérablement changé depuis quelques années. Aujourd'hui, beaucoup plus de gens recherchent d'abord le mieux-être et sont disposés à substituer des approches alternatives aux soins qu'ils reçoivent, ou à y adjoindre des méthodes complémentaires. Les recommandations du CCRPS reconnaissent la nécessité de réglementer les nouvelles professions de la santé, pour permettre à la population ontarienne d'avoir accès aux services de santé alternatifs, tout en assurant que ceux qui les dispensent sont comptables de l'efficacité de leurs prestations.

Le CCRPS confirme le bien-fondé du système de réglementation des professions de la santé en Ontario

Le CCRPS considère que le système actuel de réglementation des professions de la santé en Ontario est le meilleur moyen d'encadrer l'autonomie de nos professions de la santé. La *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées (LPSR)* était en avance sur son temps et demeure un modèle pour d'autres juridictions. Le rapport *Nouvelles orientations* préparé par le CCRPS ne propose pas un nouveau modèle de réglementation, mais plutôt de nouvelles pistes au sein du régime actuel d'autonomie.

Réponse aux lettres du ministre

Le rapport *Nouvelles orientations* du CCRPS est présenté au ministre de la Santé et des Soins de longue durée en réponse à sa lettre de février 2005 (annexe A). Pour structurer ses travaux, le CCRPS a réuni plusieurs questions apparentées en un grand projet de cadre législatif qui se situe au cœur des recommandations qu'il présente aujourd'hui. Le chapitre 2 du présent rapport expose l'analyse et les recommandations relatives au cadre législatif.

D'autres questions évoquées dans la demande du ministre ont été étudiées individuellement. Pour assurer la bonne intégration de nos recommandations, les conséquences des analyses et des recommandations du CCRPS sur ces dossiers ont été incorporées dans les conseils formulés pour l'ensemble du cadre législatif. À la demande du ministre, nous formulons des recommandations relatives à la réglementation des psychothérapeutes, des optométristes, des opticiens, des audiologistes, des naturopathes et des homéopathes, des kinésiologues, des techniciens en pharmacie et des préposés aux services de soutien personnels dans les chapitres 3 à 10 du présent rapport.

Consultations du CCRPS

Le ministre a demandé au CCRPS de formuler des conseils sur un grand nombre de questions relatives à la réglementation de la santé. En réponse, le CCRPS a passé en revue un certain nombre de recommandations présentées antérieurement, examiné les pratiques, l'expérience et les dispositifs législatifs d'autres juridictions, procédé par divers moyens à de vastes consultations, réalisé une analyse approfondie, et procédé à un examen en détail de chaque disposition de la *LPSR*.

La revue de la littérature et les études sur la situation dans les autres juridictions, ainsi que les consultations reliées à chacun des projets, ont été réalisées entre février 2005 et janvier 2006. Toutes ces études ont permis au CCRPS de repérer les facteurs nouveaux, de dresser la liste des questions en suspens, et de recenser les interventions réglementaires sur des questions semblables dans d'autres juridictions. Le CCRPS s'est renseigné sur l'expérience de l'Irlande, du Royaume-Uni, de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande et de divers États et provinces d'Amérique du Nord. Une étude des initiatives prises dans divers pays d'Europe, en Inde et en Afrique du Sud a en outre été réalisée pour

alimenter certains volets des travaux du CCRPS. Au besoin, il a été procédé à une revue de la jurisprudence, des principes juridiques et des précédents.

Le CCRPS s'est attaché à entendre les points de vue et les suggestions d'un éventail aussi large que possible de personnes, d'ordres, d'associations et de groupes intéressés en Ontario pour éclairer ses conclusions. Dans ce but, le CCRPS a affiché sur son site Web et diffusé par la poste dans toute la province une invitation à collaborer à ses travaux, avec l'indication des modalités de participation. Diverses méthodes ont été utilisées pour solliciter des renseignements et des avis spécialisés : communications avec des informateurs clés, entretiens téléphoniques, sondages sur Internet, rencontres individuelles, ateliers, groupes de réflexion, audiences publiques, diffusion de documents de discussion, et invitation à présenter des observations écrites. Des exposés ont été présentés à un certain nombre d'organisations. Des audiences publiques ont été organisées à Kingston, London, Ottawa, Thunder Bay, Sudbury, Hamilton et Toronto et annoncées dans les grands quotidiens de ces villes. Des dépliants invitant à présenter des observations ont été mis à la disposition du public à l'occasion des audiences et diffusés par l'intermédiaire de divers organismes et associations.

Pour son projet sur le cadre législatif, le CCRPS a organisé des entretiens téléphoniques avec des personnes appartenant à divers groupes : néo-Canadiens, personnes âgées, personnes habitant des régions rurales et éloignées, jeunes, auteurs de plaintes, personnes handicapées, femmes, personnes ayant des antécédents sociaux, culturels et religieux très divers, et associations bénévoles du secteur de la santé. Le CCRPS a organisé des ateliers séparés à Toronto avec les 21 ordres réglementant les professions de la santé, avec des associations représentant des professionnels de la santé et avec des représentants du public au sein des conseils des ordres. Des audiences publiques ont été tenues à Toronto et à Ottawa et ont permis de recueillir un complément d'information et des conseils fort utiles. Le CCRPS a également reçu de nombreuses observations écrites.

Pour les projets reliés aux professions susceptibles d'être réglementées dans l'avenir en vertu de la *LPSR* et à celles qui le sont actuellement, nous avons recueilli des renseignements au moyen d'études sur la situation dans d'autres juridictions, d'entretiens avec des informateurs clés, d'ateliers, de groupes de réflexion, d'audiences publiques, de présentations, de documents de discussion et d'observations écrites.

Sensibilisation au rôle des ordres professionnels

La principale responsabilité des ordres de réglementation des professions de la santé en Ontario consiste à protéger l'intérêt public. Même si les ordres accomplissent d'importants progrès dans ce sens, leur existence, leur mandat, leurs buts et leurs réalisations sont méconnus du public. Au fur et à mesure que les patients deviennent des consommateurs plus éclairés de services de santé et demandent davantage de comptes aux professionnels et aux établissements de santé, les ordres doivent cultiver des contacts avec le public et développer leur communication. Ce fait est apparu clairement au CCRPS tout au long de la préparation du rapport.

Reconfiguration des ordres existants et création de nouveaux ordres

Il existe actuellement 21 ordres créés en vertu de la *LPSR*, qui réglementent 23 professions de la santé. Les recommandations du CCRPS relatives à la réglementation de nouvelles professions entraîneront la reconfiguration de certains ordres existants et la création de nouveaux ordres autonomes. Le CCRPS prévoit que de nouvelles demandes d'inclusion de professions de la santé dans le régime de la *LPSR* seront présentées d'ici quelques années, ou encore qu'il apparaîtra à propos de prendre de telles mesures. Dans de telles circonstances, il pourra être approprié de créer de nouveaux modèles au sein du régime de la *LPSR*, surtout s'il n'est pas faisable ou justifié d'utiliser le dispositif actuel, ou si la confusion règne dans l'esprit du public. Le présent rapport propose quelques options qui pourront être envisagées dans l'avenir.

Il sera nécessaire de créer des conseils de transition pour plusieurs nouvelles professions qu'il est recommandé de doter d'un régime réglementaire. Chacune devra relever des défis différents et par conséquent chaque organe transitionnel devra être structuré différemment et recevoir un mandat et un échéancier qui lui sont propres. Ces questions sont développées dans les chapitres relatifs à chacune des nouvelles professions.

Le CCRPS a la ferme conviction que l'adoption des recommandations présentées dans *Nouvelles orientations* permettra à l'Ontario de mettre avec sûreté le cap vers l'avenir du secteur de la santé. Les professionnels de la santé de l'Ontario doivent suivre le rythme très rapide du changement dans tous les domaines du secteur et les ordres professionnels doivent disposer des moyens d'accomplir leur travail efficacement et avec succès. Le CCRPS recommande donc que la *LPSR* et les lois relatives à chaque profession fassent l'objet d'examens réguliers.

La *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* est conçue comme un « texte vivant » et doit être revue par le législateur régulièrement et non pas seulement tous les 15 ou 20 ans. Le CCRPS considère que ses recommandations sont judicieuses et que l'avenir en démontrera le bien-fondé. Le Conseil invite donc le ministre à user de son influence pour relancer le débat et à examiner les recommandations du CCRPS en vue de les mettre en œuvre dans les plus brefs délais.

CADRE LÉGISLATIF

Index

Page

Les questions 6

Démarches du CCRPS à l'égard des questions 7

1. Introduction 7
2. Changements survenus depuis 1991 9
3. Structure et processus d'un ordre 17
4. Transparence et responsabilisation 37
5. Plaintes et rapports 40
6. Disposition relative au risque de lésion 61
7. Titres professionnels 63
8. Approbations de règlement 70
9. Gouvernance 82
10. Actes autorisés et champs d'exercice 87
11. Planification des ressources humaines dans le domaine de la santé 87
12. Appels et révisions 93
13. Confidentialité 94
14. Modèle opérationnel de services communs 97
15. Problèmes émergents 98
16. Aller de l'avant 107
17. Résumé des recommandations 107

CADRE LÉGISLATIF

Les questions

Le 7 février 2005, le ministre de la Santé et des Soins de longue durée a demandé au Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé (CCRPS) de lui présenter ses recommandations sur les questions suivantes :

- la fiabilité des recommandations formulées par le Conseil dans son rapport *Rectifier l'équilibre...* pendant l'examen quinquennal de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* (*LPSR*), et les ajouts à y faire;

- la fiabilité des recommandations formulées par le Conseil à l'égard des programmes d'assurance de la qualité et de relations avec les patients que les ordres ont mis en place, ainsi que les ajouts à y faire;

- la fiabilité des recommandations formulées par le Conseil à l'égard des procédures qu'ont adoptées les ordres relativement aux plaintes et aux mesures disciplinaires, et les ajouts à y faire;

- la question de savoir si quelque élément de la *LPSR* ou des lois propres à une profession précise s'oppose à l'établissement d'un modèle de gestion fondé sur des services communs dans le cas de nouvelles professions dont la réglementation serait trop coûteuse, mais qui devraient être réglementées dans l'intérêt du public, par ex., des processus de paiement annuel conjoints entre de nouveaux ordres ou entre un ordre nouveau et un ordre existant;

- tout problème nouveau ou émergent pressenti par le CCRPS.

Dans une lettre ultérieure datée du 18 janvier 2006, le ministre précisait que la nouvelle *Loi de 2005 sur les praticiennes et praticiens en médecine traditionnelle chinoise* autorise certains membres du nouvel Ordre des praticiennes et praticiens en médecine traditionnelle chinoise de l'Ontario à utiliser le titre de « docteur ». Pour l'aider à formuler ce nouveau certificat d'inscription, le ministre a demandé au CCRPS de lui prodiguer ses conseils, d'ici le 30 septembre 2006, sur les questions suivantes :

- les exigences de scolarité liées à l'octroi du titre de « docteur » à certains membres du nouvel ordre;

- les éléments que le conseil du nouvel ordre doit prendre en considération pour évaluer les exigences de scolarité à satisfaire pour recevoir le titre de « docteur »;

- la façon de définir et d'évaluer les normes pour ces exigences.

Démarche du CCRPS à l'égard des questions du ministre

Pour répondre aux questions sur le cadre législatif soulevées par le ministre dans sa lettre datée de février 2005, le CCRPS a décidé de produire un rapport combiné. Les questions du ministre sont interreliées et se rapportent aux principes, à la structure et au contexte réglementaire de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* et du *Code des professions de la santé*, qui constitue l'annexe 2 de la *Loi*. Voilà pourquoi le Conseil a opté pour la rédaction d'un rapport sur le cadre législatif regroupant les questions soulevées par le ministre ainsi que les problèmes liés à la mise en application de la *Loi*, et cernant les nouveaux points à prendre en considération.

L'un de ces points était les titres réservés, et la question de savoir si la *Loi* reflète fidèlement les pratiques actuelles adoptées ailleurs au Canada et à l'étranger. Les premières conclusions du CCRPS éclaireront les réponses aux questions du ministre concernant la médecine traditionnelle chinoise, qui feront l'objet d'un rapport ultérieur.

Pendant qu'il élaborait ses recommandations à l'égard des questions posées par le ministre dans sa lettre de février 2005 concernant les nouvelles professions et leurs champs d'exercice, le CCRPS a relevé des répercussions et de nouveaux enjeux dont devait tenir compte le rapport sur le cadre législatif. Ces recommandations sont incluses dans la présente section.

La demande de recommandations du ministre arrive à un moment où les changements se succèdent rapidement dans le système des soins de santé. En effet, d'importants changements sont survenus depuis l'entrée en vigueur de la *LPSR* en Ontario en 1991. Notons par exemple le passage aux soins multidisciplinaires et collaboratifs. Le CCRPS est d'avis qu'il est essentiel d'encourager cette tendance. Grâce aux dispositions de la réglementation des professions de la santé, le CCRPS désire faire en sorte que ses professionnels aient toute la latitude voulue pour prodiguer leurs traitements et leurs soins aux patients dans la pleine mesure de leurs compétences et de leur formation. Ils doivent également savoir réagir efficacement à l'évolution technologique et aux nouvelles méthodologies. En outre, les ordres doivent disposer des outils et de la souplesse nécessaires pour s'acquitter de leurs responsabilités tout en accroissant la confiance du public à l'égard de l'autoréglementation.

Bon nombre des questions du cadre législatif auxquelles s'est attardé le CCRPS –comme la structure et les processus des ordres ainsi que les procédures de résolution des plaintes et d'approbation des règlements – sont en suspens depuis un certain nombre d'années. Elles concernent des facteurs qui ont une incidence sur l'efficacité, la responsabilisation, le rendement, la qualité et la transparence de nos professionnels de la santé et des ordres qui les réglementent. Le CCRPS en arrive à la conclusion que certaines de ces questions sont désormais pressantes.

1. Introduction

La *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* prévoit un mécanisme d'autoréglementation des professions de la santé et contribue

à la protection des patients et du public, en veillant à ce que les praticiennes et praticiens respectent les normes de pratiques et de compétence approuvées.

L'autoréglementation d'un ordre touche autant l'entrée dans la profession des praticiennes et praticiens que le perfectionnement continu et les compétences nécessaires pour continuer d'exercer. Elle permet également aux professionnels de la santé d'aiguiller leurs patients ou leurs clients en toute confiance vers des praticiennes et praticiens agréés, en sachant que ces derniers sont compétents et qu'ils prodigueront des soins dans le respect des normes.

Un cadre législatif et réglementaire moderne garantit aux patients, au personnel soignant et au public qu'une praticienne ou un praticien est non seulement qualifié, mais aussi qu'il est compétent et au courant des plus récentes pratiques.

Des membres du public participent maintenant pleinement au travail des ordres professionnels de la santé en Ontario, de sorte que les opinions des patients et du public soient bien représentées dans le processus réglementaire.

Les questions qui concernent un ordre en vertu de la *LPSR* comprennent la scolarité, l'inscription, les plaintes, la discipline, le perfectionnement professionnel continu et, dans quelques cas seulement, la santé et la condition physique qui sont obligatoires pour pouvoir exercer.

1.1 Le modèle de la *LPSR*

Comme il l'a fait dans son avis au ministre en 2001, le Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé continue d'affirmer qu'il est « favorable au maintien de deux composantes essentielles du système de réglementation des professions de la santé prévues par la *Loi*, l'autonomie des professions et le système d'actes autorisés ».

En effet, nous avons remarqué au cours de notre enquête que la *LPSR* de l'Ontario sert de fondement à la réglementation dans plusieurs territoires de compétence du Canada. Par ailleurs, elle est considérée comme étant un « rêve inassouvi » par de nombreux territoires de compétence des États-Unis qui suivent pour l'heure un modèle de disciplines de la santé accrédité par l'État afin de réglementer les professions de la santé.[1] Le CCRPS continue de croire que la *LPSR* adoptée par l'Assemblée législative en 1991 demeure le modèle de prédilection.

Cependant, beaucoup de choses ont changé depuis 1991. Il est utile de se pencher sur certains exemples de la nature et du rythme des changements qui sont survenus dans le secteur des soins de santé et qui ont influé sur ses activités professionnelles depuis l'entrée en vigueur de la *LPSR*.

[1] Entretiens avec des représentants du Council on Licensure, Enforcement and Regulation (CLEAR)

2. Changements survenus depuis 1991

2.1 Changements touchant la technologie et les communications

Presque au même moment où l'Assemblée législative de l'Ontario édictait la *LPSR* en 1991, le pionnier d'Internet Tim Berners-Lee lançait un premier site sur ce qui allait devenir le « World Wide Web ». Il ne s'agit là que d'un exemple des révolutionnaires progrès technologiques qui ont modifié la façon de prodiguer, de recevoir et de gérer les soins de santé au cours des années qui suivirent.

Dans le domaine des soins de santé, l'utilisation de communications électroniques a eu une incidence sur divers aspects comme les dossiers de santé, l'établissement de diagnostics et les soins directs au patient. Par exemple, un spécialiste d'une région géographique peut désormais étudier des images et des documents et collaborer avec d'autres professionnels à distance ou opérer un patient qui se trouve ailleurs dans la même ville que lui ou même à des centaines de kilomètres de lui.

Il y a fort à parier que M. Berners-Lee n'avait pas prévu l'influence qu'il aurait sur les générations à venir, et les exigences qu'imposerait la création d'Internet aux professionnels de la santé. Aujourd'hui, néanmoins, de plus en plus de patients de tous âges s'informent sur les maladies et affections, ainsi que sur leur prévention, leur traitement et leur gestion en consultant les données disponibles sur le Web.[1] Tant les professionnels de la santé que les patients ont affirmé au CCRPS avoir utilisé Internet pour obtenir des renseignements sur la santé.

Pour les professionnels, l'utilisation d'Internet par les patients constitue parfois une source de frustrations, parce que les renseignements qu'ils y glanent peuvent être inexacts, ne pas tenir compte des normes de pratique et des données plus récentes, et faire la promotion de produits ou de traitements précis. Par contre, ces renseignements sont parfois complémentaires à ceux que fournit à son client un professionnel pressé par le temps, et peuvent aider le patient à prendre une décision ou à comprendre les risques et les avantages de différents types de traitements. Par ailleurs, un professionnel peut avoir recours à Internet pour transmettre à son patient des renseignements supplémentaires sur les soins de suivi qu'il lui sera facile de consulter. De nombreux consommateurs affirment avoir utilisé Internet pour l'autoadministration de soins, que ce soit pour en savoir davantage sur la promotion de la santé ou la prévention des maladies ou encore, pour obtenir des détails sur une affection touchant un membre de leur famille ou eux-mêmes.

Les patients utilisent également Internet pour trouver une praticienne ou un praticien, connaître ses compétences et consulter son dossier professionnel, le cas échéant, afin d'être mieux informés sur la personne qui les soignera et sur les soins qui leur seront prodigués. Les

[1] Étude du CCRPS sur les attentes des patients, janvier 2005 (non publiée)

consommateurs ont affirmé au CCRPS qu'ils aimeraient avoir accès à davantage de renseignements.

L'évolution technologique rapide s'est répercutée sur tous les aspects de la prestation des soins de santé. De nouvelles technologies de diagnostic comme l'imagerie par résonance magnétique (IRM) rendent possibles la détection précoce d'une maladie ou d'une affection et la détermination du traitement qu'il convient d'administrer. Cette nouvelle réalité a fait augmenter les demandes de personnel compétent qui saura faire fonctionner ce matériel perfectionné et interpréter les résultats des examens. Le nombre d'examens et de scintigrammes réalisés grâce à l'IRM s'est accru de façon exponentielle. En effet, on estime à 276 448 le nombre de scintigrammes effectués grâce à l'IRM en Ontario en 2003-2004. En 2004-2005, ce nombre dépassait 316 000 et on prévoit qu'il continuera d'augmenter pour atteindre 393 193 scintigrammes en 2005-2006.[1]

L'avènement de la télémédecine constitue un autre exemple des avantages que tirent la recherche et l'exercice clinique de cette évolution technologique.

2.2 Exercice clinique et progrès pharmacologiques

Depuis les quinze dernières années, l'exercice clinique connaît d'importants changements. En effet, des chirurgies moins invasives, des chirurgies d'un jour, les soins ambulatoires et de nouveaux médicaments pour les chirurgies ont eu des répercussions sur la prestation des services de santé et la formation désormais requise pour les professionnels.

Ces changements ont modifié considérablement l'exercice clinique et la gestion des maladies cardiaques, des maladies rénales et des maladies pulmonaires chroniques. Les innovations en pharmacologie ont révolutionné le traitement des maladies comme le VIH et le sida, le cancer, la schizophrénie et les maladies cardiaques. Ensemble, ces nouvelles interventions pharmaceutiques et ces progrès cliniques ont modifié la façon d'exercer des professionnels et révolutionné les traitements. Ces avancées rapides dans l'exercice clinique et les soins pharmaceutiques imposent d'importantes exigences aux professionnels qui doivent emboîter le pas et acquérir de nouvelles compétences en cours de carrière.

2.3 Participation du patient aux soins

Depuis les quinze dernières années, les patients s'investissent de plus en plus dans la gestion de leurs soins. Ils cherchent résolument à s'informer pleinement de leurs options, des risques et des avantages liés aux traitements d'une maladie ou d'affections; à prendre part à la gestion de leurs soins, et à faire respecter leurs décisions. La *Loi de 1992 sur le consentement au traitement* et sa version révisée, la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé*, ont imposé aux professionnels de la santé de nouvelles exigences de responsabilisation et de communication avec leurs patients ou leurs clients.

[1] Source : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Ontario, février 2006.

Le CCRPS applaudit la publication récente de l'Association des hôpitaux de l'Ontario, qui fournit des conseils aux patients sur la façon de prendre part à leurs soins de santé et les encourage à soulever les questions ou préoccupations qu'ils pourraient avoir concernant les soins.[4] Intitulé *C'est votre santé – Impliquez-vous*, le document lancé au début de 2006 a été conçu par le Patient Safety Support Service de l'Association des hôpitaux de l'Ontario, avec l'appui du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Il est offert en 14 langues afin de desservir les patients de toute la province.

2.4 Données sur la population et les professionnels

La variation des données démographiques donne une nouvelle dimension au travail des professionnels de la santé et fait surgir de nouveaux besoins à l'égard d'une politique et d'une planification saine des ressources humaines en matière de santé. La population de personnes âgées (soixante-cinq ans et plus) croit à un rythme de 1,7 % par année, et l'espérance de vie continue d'augmenter. L'ensemble de la population augmente de 1,2 à 1,3 % par année.

Cette population nombreuse et vieillissante contribue à accroître le nombre de maladies chroniques et le besoin se fait de plus en plus pressant de soigner des gens souffrant d'affections complexes. Cette situation crée une demande à l'égard de professionnels polyvalents dotés de nouvelles compétences.

Toutefois, à l'instar de sa population, les professionnels de la santé de l'Ontario vieillissent aussi. Dix-neuf pour cent des médecins en exercice (4 100) ont plus de soixante ans et 11 % (2 300) en ont plus de soixante-cinq.

Une étude portant sur les ressources médicales publiée le 21 novembre 2005 par l'Ontario Medical Association[5] révèle que, alors que la population ontarienne vieillit, augmente et nécessite plus de soins, le corps de médecins s'amenuise.

Une étude antérieure, intitulée *Envisager l'avenir : Prévoir la retraite chez les IA au Canada* (1993); rapportait que près du tiers des infirmières autorisées et infirmiers autorisés qui exercent au Canada sont âgées de cinquante ans ou plus, et que ces personnes auront bientôt soixante-cinq ans, âge typique pour passer à la retraite.[6] La recherche indique également qu'une proportion croissante d'infirmières autorisées et d'infirmiers autorisés partent en retraite plus tôt, la plupart vers l'âge de cinquante-six ans.

Dans le domaine pharmacologique, la population vieillissante accroît le volume d'ordonnances. On confie de plus en plus aux pharmaciens le suivi des médicaments qui passent au statut de vente libre, une tendance observée à l'échelle mondiale. La moyenne d'âge des pharmaciens a à

[4] http://www.oha.com/Client/OHA/OHA_LP4W_LND_WebStation.nsf/page/Your+Health+Care+-+Be+Involved
[5] http://www.oma.org/Media/News/pr051121.asp
[6] Étude conjointe de l'Institut canadien d'information sur la santé et de l'Unité de recherche sur l'efficacité, l'utilisation et les résultats en soins infirmiers de l'Université de Toronto.

peine augmenté au Canada entre 1991 et 2001, passant de trente-neuf à quarante ans.

En 2001, au Canada, un nombre croissant de professionnels de la santé étaient des femmes. Par exemple, plus de la moitié des pharmaciens (57 %) étaient des femmes, et on constatait une augmentation stable du nombre de diplômées en pharmacie (61 % en 1993, et 66 % en 1999). Ce changement entraîne avec lui une modification des modèles de travail.[7]

Les tendances sociales de la dernière décennie révèlent irréfutablement le désir des professionnels de la santé de concilier leur vie personnelle avec le travail. En effet, ils ne veulent plus abattre des centaines d'heures de travail par semaine, préférant consacrer plus de temps à leur famille et à d'autres activités. Ces facteurs engendrent le besoin de nouveaux professionnels.

Par ailleurs, les professionnels veulent se réaliser à leur plein potentiel au travail, notamment en appliquant de nouvelles compétences dans leur champ d'exercice.

2.5 Soins prodigués dans les établissements communautaires

Depuis le début des années 1990, le système de soins de santé de l'Ontario a davantage recours aux établissements communautaires pour la prestation des soins, en raison de la réforme du secteur des soins de longue durée, de l'augmentation des soins ambulatoires dans les hôpitaux ainsi que de la fermeture d'hôpitaux et d'institutions psychiatriques et de la réduction de leurs effectifs. Les changements dans la façon d'exercer ont également permis que soient désormais offerts dans les établissements communautaires de nombreux services de santé qui étaient auparavant assurés dans des institutions. Une étude sur les ressources humaines des soins de santé œuvrant dans les établissements communautaires, préparée pour la Conférence fédérale-provinciale-territoriale des sous-ministres de la Santé,[8] soulignait ce qui suit :

> La réforme du système actuel de réglementation professionnelle est une condition sans laquelle il serait impossible d'élaborer et de mettre en œuvre une politique sur les ressources humaines qui soit favorable aux soins de santé communautaires. En effet, la réglementation juridique des professions de la santé est habituellement considérée comme un fait acquis et rarement comme un important outil politique pour la réforme du système de santé. Si aucun changement n'est apporté à la réglementation des professions de la santé, il sera difficile de procéder à une substitution des rôles ou d'avoir recours à des travailleurs polyvalents. Si l'on veut que les soins communautaires permettent de mieux répondre aux besoins de la clientèle, il faut que les effectifs soient plus souples. Pour cela, on a besoin d'un système

[7] *Environmental Scan for the Provincial Health HR Strategic Advisory Group*, Association des hôpitaux de l'Ontario, 2004

[8] Raymond W. Raymond W. Pong, Ph.D., Duncan Saunders, M.B., Ph.D., John Church, Ph.D., Margaret Wanke, M.H.S.A., Paul Cappon, M.D., Ph.D. , Paul Cappon, M.D., Ph.D. Étude préparée pour la Conférence fédérale-provinciale-territoriale des sous-ministres de la Santé par le comité consultatif des ressources humaines en santé (CCRHS), 1995.

> de réglementation professionnelle qui permette de faire des essais et d'innover en ce qui concerne l'utilisation, le perfectionnement et la gestion des ressources. [...]
>
> De plus, il faut insister sur le fait que la réforme de la réglementation professionnelle ne signifie pas pour autant la suppression des normes et des mesures de protection. Le défi consiste à trouver des solutions de remplacement au système actuel, qui permettent une plus grande souplesse sur le plan de la gestion, une utilisation appropriée des ressources humaines, un choix plus grand pour les consommateurs et l'assurance de la qualité des soins.

2.6 Médecine parallèle et complémentaire

L'un des facteurs expliquant le changement démographique en Ontario est l'arrivée de consommateurs et de praticiens de médecine parallèle et complémentaire provenant de pays où ces pratiques sont acceptées dans le système de soins de santé. Avec d'autres modifications des comportements, pour bon nombre de gens, le recours à la médecine parallèle ou complémentaire est un choix qui appartient aux patients. Ce droit a été reconnu plus récemment en Ontario avec l'entrée en vigueur, le 7 décembre 2005, de la *Loi concernant la réglementation de la profession de praticienne ou de praticien en médecine traditionnelle chinoise*, d'autant plus que l'on constate une augmentation de l'utilisation de produits de santé parallèles et naturels.

Qu'il s'agisse de réglementer les professions de la santé ou de planifier les soins des nouveaux arrivants au Canada, il est instructif d'étudier les données relatives à l'immigration en Ontario. Pendant trois ans, soit de 2002 à 2004, l'Ontario a accueilli une moyenne de 126 148 nouveaux arrivants par année. Ces chiffres représentent 55,2 % du total d'immigrants ayant obtenu le droit d'établissement au Canada.[9] Vingt-sept pour cent de la population de l'Ontario est née à l'étranger; à Toronto, cette proportion se chiffre à 44 %. Ces immigrants proviennent de 169 pays et parlent plus de 300 langues.[10]

Pour bon nombre de ces personnes, l'utilisation de soins complémentaires ou parallèles sécuritaires est une habitude; elle s'inscrit dans leur patrimoine culturel et leur mode de vie et constitue une méthode de traitements qu'ils préfèrent à la médecine conventionnelle. Ils s'attendent toutefois à ce que les praticiennes et praticiens qui prodiguent ces soins soient compétents et qu'ils respectent les normes de pratique de leur médecine parallèle. Comme les adeptes de la médecine conventionnelle, ils refusent une démarche *aux risques de l'acheteur* pour les soins de santé.

Le 1er janvier 2004, sous l'autorité de la Direction des produits de santé naturels, le Règlement sur les produits de santé naturels entrait en

---

[9] Citoyenneté et Immigration Canada, Système de données sur les immigrants ayant obtenu le droit d'établissement (SDIODE), 2005.
[10] Statistique Canada, Données du recensement 2001.

vigueur. Auparavant, les produits de santé naturels étaient classés comme des aliments ou des drogues au sens de la *Loi et du Règlement sur les aliments et les drogues*, parce qu'il n'existait aucune catégorie distincte sous laquelle les classer. Maintenant, le Règlement comporte des dispositions sur les définitions, les licences de mise en marché des produits, les licences d'exploitation, les bonnes pratiques de fabrication, les essais cliniques et les exigences relatives à l'étiquetage et au conditionnement.

L'augmentation des soins autoadministrés a également fait gonfler le marché des produits naturels. Le système Market Track[MC] d'AC Nielsen révèle que les ventes de plantes médicinales dans les pharmacies et les marchés d'alimentation sont passées de 75,7 millions de dollars en 1998 à 77,5 millions en 1999.[11] Les augmentations les plus marquées du volume des ventes nationales pour cette période étaient celles de l'échinacée (de 13,3 millions à 19,5 millions de dollars) et du Ginkgo biloba (de 6,8 millions à 9,1 millions de dollars).

L'expansion du marché des soins autoadministrés constitue un autre indicateur de l'intérêt marqué pour la médecine parallèle et complémentaire, et soulève des questions concernant les compétences du personnel qui prodigue ces soins.

2.7 Soins multidisciplinaires et collaboratifs

Les professionnels de la santé, les chercheurs et les administrateurs publics de l'Ontario s'efforcent sans cesse de concevoir des moyens novateurs d'améliorer la prestation des soins de santé en Ontario. Ils font face aux défis que posent la population vieillissante, la restructuration des hôpitaux, la recrudescence des affections chroniques et les besoins de soins plus complexes des patients au sein de la collectivité en adoptant des démarches et des idées nouvelles. L'un des exemples de ces nouvelles méthodes est le nombre croissant d'équipes intégrées de fournisseurs de soins. Une équipe de soins intégrés peut regrouper des médecins, des infirmières et infirmiers, des physiothérapeutes, des diététistes, des psychologues, des pharmaciennes et pharmaciens, des thérapeutes respiratoires, des ergothérapeutes et d'autres professionnels. En travaillant ensemble pour coordonner la prestation des soins, ces équipes assurent au patient un bien meilleur accès aux soins et améliorent la qualité et l'intégrité de ces soins.

Les programmes éducatifs ne font que commencer à mettre l'accent sur les soins multidisciplinaires et collaboratifs pour préparer les professionnels en vue de ces nouveaux rôles. Il y a encore beaucoup à faire. Les programmes de formation doivent s'attarder davantage à l'interrelation entre les professionnels prodiguant les soins aux patients et à leur responsabilité commune envers la qualité des soins prodigués.

[11] Les renseignements sur l'industrie des soins autoadministrés sont adaptés des données de l'Association canadienne de l'industrie des médicaments en vente libre (ACIMVL).

Les soins interprofessionnels et collaboratifs sont importants, surtout pour le traitement efficace des patients souffrant d'une maladie chronique. Pour des affections comme l'insuffisance cardiaque congestive, les maladies coronariennes et le diabète, de meilleurs processus de dépistage, de suivi et d'éducation, une meilleure coordination des soins entre les fournisseurs, ainsi que le recours à des pratiques médicales exemplaires permettent d'agir plus rapidement pour détecter les affections et déterminer les options de traitement à adopter, ce qui concourt à ralentir la progression de la maladie.[12]

Le CCRPS est d'avis que la structure de l'environnement de réglementation doit être telle qu'elle encourage et appuie ce type de développement et d'innovation positifs au sein du système des soins de santé de l'Ontario.

2.8 Responsabilisation et transparence

L'urgence d'accroître la responsabilisation et la transparence dans le domaine des services et des soins de santé se fait sentir en 2006. Le public exige des praticiennes et praticiens et de leurs lieux de pratique qu'ils améliorent continuellement la qualité de leurs services et qu'ils utilisent les méthodes les plus récentes pour la prestation des soins. En outre, le public s'attend à être informé, grâce à une reddition de compte périodique des mesures d'amélioration de la qualité qui sont prises.

Sur le plan personnel, les patients et les clients désirent obtenir de leur fournisseur de soins un rapport clair de leur état de santé afin de pouvoir prendre part au processus décisionnel. Ils exigent également que leurs fournisseurs de soins soient toujours qualifiés et compétents et, s'ils doivent déposer une plainte, ils s'attendent d'être traités avec dignité et respect.[13]

Les gouvernements exigent également une plus grande responsabilisation, notamment en concluant avec les établissements et les institutions des ententes officielles qui indiqueraient que certains jalons et cibles ont été atteints pour assurer une intendance adéquate au sein du système des soins de santé.

Pour les professionnels, la définition et la mise en application de normes créent des mécanismes de responsabilisation et une meilleure transparence, et augmentent d'autant la confiance du consommateur.[14]

2.9 Influences mondiales

Partout dans le monde, les coûts des soins de santé montent en flèche, stimulés par les progrès de la médecine et les demandes croissantes. Dans le secteur pharmaceutique, les sociétés internationales cherchent à créer des médicaments génétiquement ciblés et à faire progresser les

[12] *An Analysis of the Literature on Disease Management Programs*, Congressional Committee on the Budget, 13 octobre 2004.
[13] Sondage du CCRPS sur les attentes des patients, 2005.
[14] *HealthCast 2020: Creating a Sustainable Future*, PriceWaterhouseCoopers, février 2006.

recherches sur les cellules souches. Bon nombre d'entre elles exportent leurs essais cliniques à l'extérieur de l'Europe et de l'Amérique du Nord.

Le recrutement à l'échelle internationale de personnel infirmier, de médecins et d'autres professionnels est devenu monnaie courante pour de nombreux territoires de compétence.[15] PriceWaterhouseCoopers a estimé à 250 000 le nombre d'infirmières et infirmiers qui ont quitté les Philippines afin de travailler en Amérique du Nord et en Europe, faisant naître la crainte d'un exode des cerveaux dans leur pays d'origine.

En 2005, l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario a délivré 39 % de ses permis d'exercice à des diplômés internationaux en médecine (DIM), comparativement à 27 % en 1995. Au cours des deux dernières années, un plus grand nombre de certificats ont été délivrés à des DIM qu'à des diplômés de l'Ontario. Ces DIM ont reçu leur formation médicale dans 91 pays différents.[16]

L'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario rapporte que, de 1 345 qu'elles étaient en 2000, les demandes d'adhésion à titre d'infirmières et infirmiers autorisés présentées par des diplômés formés à l'étranger sont passées à 1 942 en 2004. Pour la même période, les demandes d'adhésion à titre d'infirmières et infirmiers auxiliaires présentées par des diplômés formés à l'étranger sont passées de 202 à 299.

Les organismes d'accréditation internationaux offrent des services de reconnaissance des acquis et des titres de compétence aux organismes de réglementation et des services d'accréditation des établissements d'enseignement de partout au monde. Les ententes sur la mobilité de la main-d'œuvre conclues entre les provinces, et des ententes professionnelles en vigueur partout en Amérique du Nord ont pour effet d'accroître le nombre de critères communs pour la reconnaissance des titres de compétences et des acquis, de même que le nombre de normes transférables pour les professionnels et ce, sans égard aux frontières.

2.10 Influence des changements sur les délibérations du CCRPS

Pendant qu'il se penchait sur les questions pour lesquelles le ministre demandait son avis concernant la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* et pendant qu'il étudiait les rapports antérieurs, le CCPRS devait garder à l'esprit le rythme et la portée des changements survenus dans la société et le domaine de la santé au cours de la dernière génération. Le CCRPS espère que l'avis fourni au ministre dans le présent rapport reflète fidèlement la réalité d'aujourd'hui et le prépare à l'influence continue de ces changements sur les événements futurs. Ces questions ont une incidence sur l'efficience et l'efficacité de la *Loi* et de ses règlements et mettent en relief les nouveaux besoins en matière de réglementation professionnelle. Voilà pourquoi le CCRPS a tenu compte, dans ses délibérations, des tendances soulignées dans la présente section et d'autres encore afin de formuler ses conclusions et ses recommandations.

---

[15] *Ibid.*
[16] Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, 1er février 2006.

3. Structure et processus d'un ordre

3.1 Structure et responsabilités des comités

Le Code des professions de la santé définit actuellement les objets des ordres régissant les professions de la santé réglementées en Ontario, et crée pour ces ordres de nombreuses obligations envers le public et les membres de la profession :[17]

1. Réglementer l'exercice de la profession et régir l'activité des membres conformément à une loi sur une profession de la santé, au présent code et à la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, ainsi qu'aux règlements et règlements administratifs.

2. Élaborer et maintenir des normes d'admissibilité applicables aux personnes auxquelles un certificat d'inscription est délivré.

3. Élaborer et maintenir des programmes et des normes d'exercice pour assurer la qualité de l'exercice de la profession.

4. Élaborer et maintenir des normes de connaissance et de compétence, ainsi que des programmes, pour promouvoir le maintien de la compétence parmi les membres.

5. Élaborer et maintenir des normes de déontologie applicables aux membres.

6. Élaborer et maintenir des programmes visant à aider les particuliers à exercer leurs droits aux termes du présent code et de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*.

7. Appliquer la loi sur une profession de la santé, le présent code et la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* dans la mesure où elle se rapporte à la profession, et exercer les autres fonctions qui lui sont imposées et les autres pouvoirs qui lui sont conférés.

8. Poursuivre tout autre objet ayant trait aux soins des êtres humains que le conseil juge souhaitable.

Le code précise également qu'un ordre est principalement tenu « de servir et de protéger l'intérêt public ».[18]

Ce sont des exigences importantes que les ordres doivent s'assurer de poursuivre et d'atteindre uniformément et efficacement à l'aide d'une structure adéquate.

---

[17] Code des professions de la santé, annexe 2 de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, (paragraphe 3 (1))
[18] Code des professions de la santé, annexe 2 de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, (paragraphe 3 (2))

Cette structure doit en outre leur permettre de s'adapter aux conditions changeantes et de répondre aux besoins des gros comme des petits effectifs. Il importe également que la structure de l'ordre englobe des mécanismes de coordination des activités et qu'elle renferme des procédures officielles et transparentes pour le public et les membres de la profession.

Les ordres sont également des organismes d'arbitrage assujettis aux principes du droit administratif. Ils doivent donc être configurés de façon à offrir une structure et des processus distincts adaptés à l'élaboration de politiques, aux enquêtes, aux procès équitables, aux décisions et aux appels, et garantissent une justice naturelle.

Grâce à l'entrée en vigueur, en 1991, de la *LPSR*, on a défini la forme organisationnelle des ordres par fonction et par objet, en s'inspirant des modèles d'autres organismes de réglementation. Chaque ordre est régi par un conseil (ou conseil d'administration). La composition de ce conseil varie d'un ordre à l'autre, et les exigences à cet égard sont énoncées dans les lois propres aux professions de la santé. Ces lois prescrivent le nombre de représentants du public qui sont nommés au conseil et le nombre de représentants qui y sont élus. Dans certains cas, elles peuvent également énoncer les exigences relatives au nombre de membres issus du milieu universitaire. Les représentants du public nommés au conseil représentent un peu moins de la moitié de sa composition.

3.2 Structure et responsabilités des comités

À l'heure actuelle, les ordres sont tenus d'avoir sept comités[19] : le bureau, le comité d'inscription, le comité des plaintes, le comité de discipline, le comité d'aptitude professionnelle, le comité d'assurance de la qualité et le comité des relations avec les patients. Le conseil d'un ordre est autorisé à nommer les membres de ses comités. Les responsabilités des comités et les processus qu'ils sont tenus d'adopter sont précisés dans les diverses lois et dans les divers règlements et règlements administratifs.

Par suite de son expérience avec la *LPSR* et de la réponse à ses consultations tenues dans le cadre de l'examen quinquennal de celle-ci, le CCRPS a recommandé en 2001 a) que des modifications soient apportées en vue de protéger le rapport du nombre de membres du public et de membres des professions et b) que la structure des ordres soit simplifiée, par la fusion de certains comités et l'élimination d'un comité. Cinq ans plus tard, en l'absence de modifications à la *Loi* de 1991, le ministre de la Santé et des Soins de longue durée a demandé au CCRPS d'examiner les recommandations précédentes.

Processus de consultation

Dans le cadre de cet examen, le CCRPS a consacré beaucoup de temps à l'étude des réponses aux recommandations précédentes. Il a ensuite procédé à d'autres consultations et a analysé les options relatives à une structure organisationnelle efficace. Diverses parties intéressées, notamment

[19] Code des professions de la santé, annexe 2 de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, (paragraphe 10)

des ordres, des associations, des avocats et des particuliers, ont présenté des observations officielles ou ont participé de façon officieuse aux délibérations du CCRPS à des ateliers, à des entretiens et à des réunions. Le CCRPS a évalué la structure, les mesures incitatives et les résultats de divers modèles, en plus d'examiner d'autres lois et la common law.

Le CCRPS demandé aux ordres s'ils étaient d'avis que les problèmes découlaient d'interprétations restrictives de la *Loi* ou d'insuffisances dans la rédaction des lois. Il a également demandé aux associations professionnelles de formuler des commentaires sur les points à améliorer.

Ces discussions ont fait ressortir divers obstacles structurels (à la fois dans la loi actuelle et dans les modifications proposées précédemment) qui nuisent à la réalisation des objectifs, des objets et des obligations des ordres et des solutions de rechange ont été proposées. Les répondants étaient impatients de voir des modifications structurelles qui permettraient aux ordres de s'acquitter plus facilement de leurs obligations envers l'intérêt public. Les participants aux consultations ont estimé que la structure et la fonction actuelles des comités contribuent à des inefficacités, à des communications inadéquates et à une incapacité de s'adapter au changement, ce qui peut donner au public une perception négative du travail et des processus des ordres.

Les participants aux consultations ont également indiqué au CCRPS qu'une structure autorisée devrait offrir la souplesse nécessaire pour relever les nouveaux défis et s'adapter aux conditions changeantes. Tout le monde ou presque s'est entendu pour dire que l'équité des procédures doit être protégée et qu'elle ne devrait pas être compromise par les modifications apportées à la structure.

3.3 Modifications structurelles

L'exigence imposée aux comités constitue un dispositif légal visant à garantir que les fonctions qui leur sont attribuées sont remplies par les ordres. Les mandats et les procédures applicables aux comités sont précisés par les lois. Compte tenu de leur nature juridictionnelle, certains comités pourraient avoir besoin du pouvoir que leur confère une loi pour s'acquitter de leurs responsabilités. Le CCRPS a relevé des incohérences dans la façon dont les comités de divers ordres exécutent leurs fonctions. Certaines de ces incohérences sont justifiées par la situation particulière de la profession réglementée, tandis que d'autres sont apparemment liées à un manque de ressources.

Il est apparu clairement au CCRPS que la structure des comités prescrite par la *Loi* crée des obstacles et des restrictions organisationnels et fonctionnels qui nuisent à l'efficacité des activités internes, au flux de l'information, à la transparence à l'égard du public et à la capacité des ordres de remplir leurs obligations. En outre, il est apparu clairement que toute proposition de modification devrait tenir compte de la diversité des 21 ordres existants en ce qui concerne la taille de leur effectif et les ressources dont ils disposent, ainsi que de la création éventuelle de nouveaux ordres. Le CCRPS est convaincu que des modifications doivent être apportées et mises en œuvre en temps opportun.

Dans le cadre de son analyse, le CCRPS a étudié un certain nombre de modèles et les processus qui les composent, et examiné la nature et la portée des obstacles existants au sein de la structure actuelle des ordres.

Le Conseil consultatif a discuté de la possibilité de rendre les processus et les fonctions obligatoires dans la Loi et de laisser à chaque ordre le soin de déterminer la meilleure structure organisationnelle pour exécuter son mandat et rendre compte de son rendement. Le présent rapport recommande une telle démarche pour le mandat d'information du public, qui relève maintenant du comité des relations avec les patients. Pour les autres fonctions, le CCRPS est arrivé à la conclusion que les comités autorisés demeuraient le meilleur moyen de protéger l'intérêt public.

Enfin, le Conseil consultatif recommande que des modifications soient apportées au nombre de comités légaux et à leurs fonctions dans le but de simplifier les processus souvent complexes, d'améliorer l'efficacité, d'accroître la transparence et de trouver des solutions plus opportunes aux questions à mesure qu'elles se présentent. Le CCRPS recommande les structures suivantes pour les comités :

Comité	Fonction
Bureau	• Assume tous les pouvoirs du conseil entre ses réunions.
Comité d'inscription.	• Examine les demandes d'inscription soumises par le registrateur. • Enjoint au registrateur d'approuver ou de refuser un certificat d'inscription ou d'assortir un certificat de conditions ou de restrictions. • Recommande les exigences à appliquer aux inscriptions. • Veille à l'observation des dispositions relatives à la procédure équitable pour les inscriptions. • Surveille et évalue les processus et les résultats du comité d'inscription et en fait rapport.
Comité des enquêtes, des plaintes et des rapports	• Reçoit toutes les plaintes et tous les rapports se rapportant aux membres. • Procède aux recherches préliminaires à l'égard des enquêtes, des plaintes et des rapports. • Procède à des évaluations de l'exercice de la profession. • Demande au registrateur de nommer un enquêteur; reçoit les rapports. • Demande au registrateur de nommer un évaluateur de la santé; reçoit les rapports. • Facilite le règlement officieux des plaintes; approuve les règlements. • Statue sur les enquêtes, les plaintes et les rapports en les rejetant, en les réglant ou en les déférant au comité de discipline ou au comité d'aptitude professionnelle. • Accepte les engagements pris par les membres; exige à l'occasion des membres qu'ils entreprennent des activités de formation continue ou de remédiation précises. • Rend une ordonnance ayant pour effet de suspendre provisoirement le certificat d'inscription d'un membre de l'ordre ou de l'assortir de certaines restrictions. • Fournit des renseignements, des rapports d'étape et des décisions aux plaignants, aux auteurs des rapports et aux membres. • Surveille et évalue ses processus, sa conformité et ses résultats et en fait rapport.

Comité de discipline	• Reçoit les dossiers du comité des enquêtes, des plaintes et des rapports. • Tient des audiences pour entendre les allégations formulées contre des membres. • Examine les questions de faute professionnelle, d'incompétence ou de non-respect des normes d'exercice. • Tire des conclusions. • Ordonne les sanctions appropriées à la décision, y compris le fait d'assortir le certificat d'inscription d'un membre de conditions ou de restrictions, de le suspendre ou d'imposer une remédiation ou des amendes. • Ordonne les programmes de remédiation exigés par les décisions disciplinaires. • Surveille le respect des décisions disciplinaires. • Tient des audiences de réintégration. • Surveille et évalue les mesures disciplinaires et leurs résultats et en fait rapport.
Comité d'aptitude professionnelle	• Reçoit les dossiers du comité des enquêtes, des plaintes et des rapports. • Tient des audiences pour entendre les allégations d'incapacité des membres. • Examine les questions de maladie ou de dysfonction physique ou mentale. • Tire des conclusions. • Ordonne les mesures à prendre à l'égard de l'inscription d'un membre. • Tient des audiences de réintégration. • Surveille et évalue ses processus, sa conformité et ses résultats et en fait rapport.
Comité de la qualité	• Recommande, élabore et met en œuvre des programmes professionnels de maintien de la compétence et d'amélioration continue de la qualité. • Procède à des évaluations de la compétence et à des examens de l'exercice de la profession par les pairs. • Élabore des plans de remédiation et les surveille. • Élabore et dirige ou met en œuvre des programmes de formation continue. • Élabore des programmes multidisciplinaires d'assurance de la qualité et de sécurité des patients et y fait participer les membres. • Signale les incompétences, les incapacités et les fautes professionnelles au comité des enquêtes, des plaintes et des rapports. • Surveille et évalue les exigences, les processus et les résultats en matière de compétence et en fait rapport.

Les modifications proposées aux présentes sont plus importantes qu'elles n'y paraissent à première vue.

3.4 Le bureau prendra les décisions administratives lorsque le conseil ne siège pas et ces décisions seront ratifiées à la prochaine réunion du conseil.

Dans l'ensemble, cette fonction ne subit aucune modification. Toutefois, selon la nouvelle structure recommandée, le bureau ne recevra plus de rapports obligatoires sur la conduite ou la compétence d'un membre, ni de rapports sur sa capacité à exercer la profession. En outre, le bureau n'enjoindra plus au registrateur de procéder à une enquête ou de mettre sur pied une commission d'enquête.

Ces responsabilités seront transférées au comité des enquêtes, des plaintes et des rapports afin d'être intégrées à la gestion des plaintes. On s'attend à ce que cette modification réduise les étapes du processus et permette ainsi à l'ordre d'effectuer un travail plus efficace. Selon la structure actuelle, ces questions sont traitées à plusieurs endroits, ce qui entrave l'échange des renseignements et retarde le traitement.

3.5 Le comité d'inscription conservera en grande partie les mêmes fonctions. Il recevra toutes les questions déférées par le registrateur lorsqu'il existe des motifs raisonnables de douter que l'auteur d'une demande satisfait aux exigences d'inscription, lorsque l'on propose d'assortir de conditions ou de restrictions le permis de l'auteur d'une demande ou lorsque le registrateur propose de refuser une inscription. Le comité d'inscription étudiera la demande, puis enjoindra au registrateur d'approuver l'inscription, de l'assortir de conditions ou de restrictions ou de la refuser.

Une nouvelle disposition permettra au registrateur de s'adresser au comité d'inscription lorsqu'il a des motifs raisonnables de douter que l'auteur de la demande exercerait sa profession conformément à la loi ou avec décence, intégrité et honnêteté. Cette disposition ressemble à celles que l'on retrouve dans la *Loi de 1992 sur la réglementation des jeux* et la *Loi sur la Commission des courses de chevaux*.

3.6 Le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports, qui remplace le comité des plaintes, adoptera une nouvelle démarche simplifiée, opportune et plus transparente à l'égard des enquêtes et des plaintes qui sera équitable pour les membres comme pour les patients. Ce comité recevra tous les renseignements, documents et rapports qui concernent un membre, quelle qu'en soit la source. Ainsi, les plaintes formulées par un patient, un client ou un proche parent à l'égard d'un membre de l'ordre, les rapports obligatoires au sujet d'un membre rédigés par un établissement ou un autre membre, les rapports rédigés par un coroner et les demandes de renseignements de la part d'un citoyen seront tous reçus et gérés en un seul et même endroit. Les dispositions relatives à la constitution de sous-comités du comité des enquêtes, des plaintes et des rapports resteront les mêmes que celles énoncées dans la *Loi* pour le comité des plaintes.

Le nouveau comité sera responsable de l'enquête préliminaire sur une question qui mènera à l'une des décisions suivantes : a) le rejet de la question, b) des mesures facilitant la résolution, c) l'approbation des résolutions, des règlements ou des ententes officieux, d) la délivrance d'un avertissement à un membre, e) le règlement définitif de la question, y compris l'acceptation des engagements ou de la remédiation, f) une demande du registrateur visant la nomination d'un enquêteur, g) le renvoi de la question au comité de discipline, h) une demande du registrateur visant la nomination d'un évaluateur de la santé et i) le renvoi de la question au comité d'aptitude professionnelle.

Dans le cadre de son enquête préliminaire, le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports recueillera les déclarations des témoins, se procurera des exemplaires des documents pertinents, recueillera des renseignements auprès du registrateur et obtiendra le point de vue

complet de la source, du plaignant et du membre. Au cours d'une enquête sur une plainte, le comité se procurera le dossier d'un patient, recueillera des renseignements sur la facturation d'un professionnel, s'adressera aux collègues du membre, au personnel ou à toute autre personne, procédera à une évaluation de l'exercice de la profession ou recueillera tout autre renseignement pertinent.

Si le comité ne parvient pas à obtenir suffisamment de renseignements et qu'il a des motifs raisonnables et probables de croire qu'un membre a commis une faute professionnelle ou est incompétent, il demandera directement au registrateur de nommer un enquêteur pour examiner l'exercice de la profession par le membre. Les résultats de l'enquête seront soumis au comité des enquêtes, des plaintes et des rapports afin qu'une décision appropriée soit prise et motivée par écrit. Parallèlement, dans le cas des questions liées à l'incapacité d'un membre, le comité demandera directement au registrateur de nommer un évaluateur de la santé pour procéder à une évaluation du membre. Les résultats de l'évaluation seront soumis au comité des enquêtes, des plaintes et des rapports afin qu'il détermine la décision qu'il convient de prendre et qu'il en fournisse les motifs par écrit. La commission d'enquête n'existera plus; ses pouvoirs et ses fonctions seront désormais ceux du comité des enquêtes, des plaintes et des rapports.

Dans certaines circonstances exceptionnelles, le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports aura également le pouvoir d'enjoindre au registrateur de rendre une ordonnance ayant pour effet de suspendre provisoirement le certificat d'inscription d'un membre ou de l'assortir de certaines restrictions. Cette ordonnance sera rendue au moment même où la question sera déférée au comité de discipline ou au comité d'aptitude professionnelle. Une telle ordonnance peut être rendue uniquement si le comité a des motifs raisonnables et probables de croire que la conduite du membre expose ou exposera vraisemblablement le public à un préjudice ou à des blessures, ou lorsque le membre a refusé de se soumettre à une évaluation mentale ou physique. Le comité sera responsable de respecter les exigences en matière de procédure équitable de la *Loi* actuelle, qui continueront de s'appliquer dans ces circonstances, notamment celle de remettre au membre un avis accompagné de tous les renseignements sur lesquels le comité s'est appuyé pour rendre l'ordonnance et de lui donner la possibilité de répondre et de demander un réexamen. Dans le cas d'une suspension provisoire, il est attendu du comité de discipline ou du comité d'aptitude professionnelle qu'il accélère la tenue des audiences sur la question.

Le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports ne déférera plus les recours découlant de ses processus au comité de la qualité (anciennement le comité d'assurance de la qualité). Les dispositions actuelles de la *Loi* stipulent que par suite de la transmission d'une plainte au comité d'assurance de la qualité, les décisions à l'égard des compétences d'un membre et les mesures correctrices qui peuvent avoir été ordonnées ne sont pas rendues publiques ni partagées avec les plaignants ou les autres comités de l'ordre. Bien qu'elle vise à encourager la participation des membres au programme d'assurance de la qualité de leur ordre, cette exigence de confidentialité mine la transparence des résultats des plaintes.

Si un engagement ou une autre résolution est accepté, il incombera au comité des enquêtes, des plaintes et des rapports de superviser la résolution et de surveiller si elle est respectée. Cette disposition permet d'éviter tout malentendu chez le public ou les membres de l'ordre quant au rôle du comité de la qualité.

En outre, il est attendu du comité des enquêtes, des plaintes et des rapports qu'il s'acquitte de nouvelles obligations en matière de communication. Les membres, les plaignants et les autres personnes qui ont fourni des renseignements au comité seront continuellement tenus au courant de la situation et du traitement de la question, y compris des échéances prévues pour la prise d'une décision et les motifs expliquant les retards, le cas échéant. La section 5 du présent rapport aborde ce sujet plus en détail.

Par ailleurs, le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports sera maintenant tenu de surveiller son rendement, d'effectuer le suivi des données, de préparer des rapports à l'intention du public et du gouvernement et d'entreprendre des activités d'amélioration du rendement.

3.7 Le comité de discipline recevra les questions déférées par le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports, tiendra des audiences comme l'exige maintenant la *Loi* et prendra des décisions en conséquence. Il ne recevra plus les questions déférées par le bureau. Le comité de discipline sera habilité à déclarer un membre non coupable ou à le déclarer coupable et à imposer les sanctions appropriées. Comme c'est le cas pour le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports, ses sanctions ne seront plus directement déférées au comité de la qualité (actuellement le comité d'assurance de la qualité). Si une sanction comprend une remédiation, de la formation supplémentaire ou des mesures semblables, il incombera au comité de préciser les mesures de remédiation à prendre et de surveiller la conformité.

Si la conformité fait défaut, la question sera renvoyée au comité de discipline pour la tenue d'une autre audience. Si la sanction exige que le membre soit radié du tableau, le comité de discipline fournira au registrateur des directives ultérieures à cet égard. En outre, le comité tiendra des audiences de réintégration et donnera des directives au registrateur. Advenant la délivrance, par le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports, d'une ordonnance ayant pour effet de suspendre provisoirement le certificat d'inscription d'un membre, le comité de discipline devra tenir rapidement une audience. Dans ce cas, les exigences en matière de procédure équitable de la *Loi* actuelle continueront de s'appliquer et le droit des membres d'interjeter appel devant la Cour divisionnaire demeurera en vigueur.

Par ailleurs, il incombera désormais au comité de discipline de surveiller son rendement, d'effectuer le suivi des données et d'entreprendre des activités d'amélioration du rendement.

3.8 Le comité d'aptitude professionnelle continuera de jouer le même rôle. Il tiendra des audiences à huis clos pour entendre les allégations d'incapacité formulées contre un membre dans les affaires que lui aura

déféré le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports, en plus de tirer des conclusions en fonction de la preuve présentée pendant l'audience. Il incombera encore au comité d'aptitude professionnelle d'enjoindre au registrateur de prendre les mesures appropriées à l'égard de l'inscription d'un membre, notamment de l'assortir de conditions ou de restrictions ou de radier le membre du tableau lorsque cette mesure est nécessaire.

Il incombera au comité d'aptitude professionnelle de vérifier si une ordonnance est respectée. En outre, il tiendra des audiences de réintégration et instruira le registrateur en conséquence ultérieurement. Advenant que le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports ait enjoint au registrateur de rendre une ordonnance ayant pour effet de suspendre provisoirement le certificat d'inscription d'un membre et qu'il ait déféré la question au comité d'aptitude professionnelle, ce dernier devra tenir rapidement une audience. Dans ce cas, les exigences en matière de procédure équitable de la *Loi* actuelle continueront de s'appliquer et le droit des membres d'interjeter appel devant la Cour divisionnaire demeurera en vigueur.

Par ailleurs, il incombera désormais au comité d'aptitude professionnelle de surveiller son rendement, d'effectuer le suivi des données et d'entreprendre des activités d'amélioration du rendement.

Dans son rapport de 2001, le CCRPS recommandait de fusionner le comité d'aptitude professionnelle et le comité de discipline pour former un comité de déontologie. Le CCRPS a examiné cette recommandation en tenant compte des opinions de particuliers, d'ordres et d'associations qui appuyaient cette recommandation ou s'y opposaient.

Aujourd'hui, il apparaît clairement au CCRPS que les processus disciplinaires et ceux concernant l'aptitude professionnelle devraient être distincts, et comporter des dispositions différentes visant la protection des renseignements personnels et la transparence envers le public. Le comité d'aptitude professionnelle traite les questions d'allégations formulées à l'égard de la santé, des dysfonctions ou des troubles physiques et mentaux d'un membre. D'autres professionnels de la santé peuvent témoigner à titre d'experts à l'égard de la santé physique ou mentale du membre. Au cours de l'audience et jusqu'à ce que le comité ait rendu une décision, le membre est en droit de s'attendre à la confidentialité des questions de santé personnelles et donc, à une audience à huis clos. Si le comité décide que l'exercice de la profession par le membre devrait être assorti de restrictions ou que le membre ne devrait plus être autorisé à exercer cette profession, la décision devrait être consignée dans le tableau. Les audiences disciplinaires portent sur des cas de faute professionnelle et de compétence à exercer la profession. Le public s'attend à ce que les audiences soient transparentes et que le processus soit compréhensible, conforme aux lois, équitable et rapide. Les audiences disciplinaires demeureront ouvertes au public.

Ainsi, le CCRPS est donc arrivé à la conclusion qu'une structure révisée pour les comités des ordres devrait encore comprendre un comité d'aptitude professionnelle distinct.

3.9 Le comité de la qualité, anciennement le comité d'assurance de la qualité, sera responsable des questions importantes liées à l'amélioration et à l'assurance de la qualité dans la profession et au maintien de la compétence des membres. Son travail englobera l'éducation, la formation et les évaluations de l'exercice de la profession et il facilitera la formation commune à l'ensemble des professions pour les membres. Si le comité a des préoccupations à l'égard de la conduite, de la compétence ou de la capacité d'un membre, il présentera un rapport au comité des enquêtes, des plaintes et des rapports. Toutefois, le travail du comité de la qualité restera confidentiel en général, ce qui s'apparente à la pratique adoptée dans la plupart des programmes d'amélioration de la qualité et de sécurité des patients.

De nos jours, les services de soins de santé sont dispensés dans un cadre complexe où même les interventions les plus simples comportent souvent de nombreuses étapes et nécessitent une interaction professionnelle. Les hôpitaux du Canada ont réalisé d'importants progrès dans l'élaboration de programmes de sécurité des patients, fondés sur une analyse interdisciplinaire de la cause profonde des événements indésirables et des quasi instances. Ces programmes font maintenant partie intégrante des examens du Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS). Le CCRPS est convaincu que les principes de la sécurité des patients peuvent être facilement transférés aux programmes d'amélioration de la qualité des ordres de réglementation afin d'améliorer la compétence professionnelle et de promouvoir la sécurité des patients et la qualité des soins dans les diverses disciplines.

Séparation des fonctions de qualité et de discipline

Pour les professionnels qui participent aux processus d'amélioration de la qualité des ordres, qu'il s'agisse d'évaluations de l'exercice par les pairs ou de formation continue, la culture qui entoure leur participation est essentielle. Ils doivent être confiants que lorsque des modifications doivent être apportées à leur propre exercice de la profession ou à l'exercice de la profession par une équipe de soins de santé dont ils font partie, aucun lien n'est établi avec le processus disciplinaire. Le lien est plutôt établi avec le perfectionnement de la compétence, l'amélioration continue et l'évaluation des résultats. Non seulement cela procure-t-il des avantages au particulier et à l'équipe de soins de santé, mais de nouvelles connaissances globales peuvent également être partagées avec les autres membres de la profession.

C'est pour cette raison que le CCRPS recommande que la fonction d'amélioration et d'assurance de la qualité qu'exercent les ordres soit distincte du processus disciplinaire.

Rapports au comité des enquêtes, des plaintes et des rapports

Il peut arriver dans de rares cas que des questions dépassent le ressort du comité de la qualité. Si le comité, par suite d'une évaluation de l'exercice de la profession, est d'avis qu'un membre a pu commettre une faute professionnelle ou qu'il peut être incompétent ou inapte, ou si le membre

a refusé de se plier aux exigences d'un programme sur la qualité, le comité de la qualité remettra un rapport portant sur le membre et sur les allégations au comité des enquêtes, des plaintes et des rapports. Dans ce cas, le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports fera enquête et rendra une décision.

Programmes d'assurance de la qualité

Le Code des professions de la santé exige actuellement de tous les ordres qu'ils se dotent d'un programme d'assurance de la qualité qui est surveillé par le comité d'assurance de la qualité. Le code précise maintenant qu'un programme d'assurance de la qualité s'entend d'un « programme visant à assurer la qualité de l'exercice de la profession et à promouvoir le maintien de la compétence parmi les membres ». Le code laisse le soin aux ordres de déterminer les éléments appropriés qui composent leur programme d'assurance de la qualité et d'en assurer la conception.

En vue d'aider les ordres à concevoir leur programme d'assurance de la qualité, le ministère a élaboré des lignes directrices en 1996 intitulées *Principles for Quality Assurance Programs and Regulations under the Regulated Health Professions Act, 1991*. Ce document suggérait trois éléments à inclure dans les programmes d'assurance de la qualité des ordres :

(i) cerner et aborder la question des membres qui sont incompétents ou inaptes à exercer la profession ou dont les compétences sont insuffisantes, mais peuvent être améliorées grâce à des activités de remédiation;

(ii) assurer le maintien et l'amélioration de la compétence de chaque membre (c.-à-d. veiller à ce que ses connaissances et ses compétences demeurent actuelles) au fil du temps;

(iii) accroître le rendement collectif de la profession en mettant l'accent sur les résultats pour les patients et sur « ce qui fonctionne le mieux ». [*Traduction*]

Les programmes d'assurance de la qualité varient considérablement d'un ordre à un autre. L'absence d'uniformité entre les ordres peut toutefois leur donner la possibilité d'acquérir une capacité d'évaluation et d'apprendre des expériences de chacun.

Les Ordres de réglementation des professions de la santé de l'Ontario ont mis sur pied un groupe de travail sur l'assurance de la qualité en vue de former le personnel sur les démarches à adopter à l'égard des évaluations et de partager les meilleures pratiques d'évaluation des programmes d'assurance de la qualité. Le groupe de travail se réunit périodiquement pour partager des renseignements sur les façons d'évaluer la compétence, pour apprendre des experts invités et pour parrainer conjointement les programmes de formation continue à l'intention de leurs membres. Le Conseil consultatif considère qu'il s'agit d'une initiative positive.

Conformité aux programmes d'assurance de la qualité

La *LPSR* exige de tous les membres qu'ils se conforment aux exigences du programme d'assurance de la qualité d'un ordre et qu'ils collaborent avec les évaluateurs de l'ordre. À l'heure actuelle, aucun pouvoir d'exécution n'est conféré au comité d'assurance de la qualité pour les cas de défaut de conformité ou de collaboration. Le comité d'assurance de la qualité défère donc ces cas au bureau. Certains ordres ont demandé à ce que les pouvoirs du comité d'assurance de la qualité soient élargis de façon à permettre à ce dernier d'assortir de restrictions le certificat d'inscription d'un membre jusqu'à ce qu'il se conforme.

Le CCRPS a examiné trois options relativement à cette question : (1) élargir les pouvoirs du comité de la qualité afin de contraindre les membres non conformes à participer; (2) habiliter le comité de la qualité à déférer le dossier des membres en question au comité des enquêtes, des plaintes et des rapports ou (3) permettre aux ordres de suspendre le certificat d'inscription d'un membre jusqu'à ce qu'il se conforme et de déterminer la procédure équitable appropriée pour de telles suspensions.

Le CCRPS est arrivé à la conclusion que le comité de la qualité devrait déférer au comité des enquêtes, des plaintes et des rapports les cas où le membre ne se conforme pas aux programmes sur la qualité ou ne collabore pas avec les évaluateurs. Le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports examinera la question de la même façon que s'il traitait un rapport provenant d'une autre source. Il tranchera ensuite la question par suite de son examen ou il la déférera au comité de discipline ou au comité d'aptitude professionnelle suivant le cas. Les résultats qui en découlent sont un plus grand nombre d'options pour l'ordre et pour le membre, ainsi que l'uniformité dans les procédures et une transparence accrue du processus.

Évaluations de l'exercice de la profession et de la compétence

Actuellement, le comité des plaintes peut trancher une plainte au sujet d'un membre en la déférant au comité d'assurance de la qualité, qui peut ensuite soumettre le membre à son programme d'évaluation des compétences générales et ordonner une remédiation pour combler les lacunes constatées. Le CCRPS a conclu que les évaluations de l'exercice de la profession qui sont nécessaires pour traiter les plaintes diffèrent considérablement des évaluations du maintien de la compétence qui sont effectuées à des fins d'assurance de la qualité. Le CCRPS est d'avis que l'intérêt public est mieux servi si l'on fait la distinction entre les évaluations de l'exercice de la profession utilisées dans le cadre des enquêtes sur les plaintes, qui devraient être gérées par le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports, et les évaluations du maintien de la compétence visant à améliorer l'exercice professionnel, qui devraient constituer la prérogative du comité de la qualité.

3.10 Exercice multidisciplinaire et exercice collaboratif

Le CCRPS a souligné précédemment dans le présent rapport que l'exercice dans un contexte multidisciplinaire et collaboratif prend de plus en plus d'importance.

Il n'est pas étonnant que le système de réglementation actuel n'ait pas prévu la nouvelle tendance à l'exercice multidisciplinaire et collaboratif de la profession. La structure actuelle comporte plusieurs défis, dont la délégation d'actes autorisés, le chevauchement des champs d'exercice des professions, le partage des renseignements, la nécessité pour les ordres de collaborer en ce qui a trait aux normes d'exercice applicables aux professionnels appartenant à des équipes multidisciplinaires, l'assurance responsabilité, ainsi que la gestion des plaintes des patients, des enquêtes et des mesures disciplinaires.

Bien que cette liste puisse sembler déconcertante, le CCRPS souligne que a) la tendance générale se dirige vers un exercice multidisciplinaire de la profession, b) les patients semblent se réjouir de l'augmentation de l'accès aux soins, c) de nombreux professionnels de la santé considèrent le fait de travailler au sein d'équipes de soins de santé comme un moyen d'améliorer la qualité de leur vie professionnelle et de tirer le meilleur parti de leurs compétences et de leur formation et d) l'amélioration de la coordination et de l'efficacité de la prestation des soins de santé pourrait se révéler avantageuse pour le système.

Le CCRPS recommande que le Code des professions de la santé soit modifié de façon à donner aux ordres la souplesse voulue pour composer avec l'exercice multidisciplinaire de la profession et à encourager les ordres à collaborer et à partager des renseignements. Par ailleurs, il recommande l'établissement d'un nouvel objectif pour les ordres, soit celui de promouvoir la collaboration interdisciplinaire sur les questions telles que les champs d'application communs des professions, les enquêtes communes et les programmes sur la qualité.

3.11 Programmes d'information du public

Le CCRPS s'est longuement penché sur la question de savoir si les activités de communication et d'information du public entreprises par les ordres devraient être confiées à un comité légal, comme le prévoit actuellement la *LPSR*, ou si une culture de transparence devrait être omniprésente dans l'ensemble de l'organisme.

Le CCRPS a été étonné de constater à quel point le public comprend mal les rôles et les responsabilités des ordres et d'apprendre que, d'une façon générale, les gens ne savent pas comment accéder aux renseignements. En effet, le CCRPS a été interloqué par les idées fausses qu'entretiennent certaines personnes travaillant dans le domaine des soins de santé à l'égard des activités des ordres et de leurs obligations. Les personnes qui consultent le site Web du ministère trouveront des liens vers le site propre à chaque ordre, mais aucun renseignement contextuel général sur la réglementation des professions de la santé.

D'un point de vue global, le CCRPS estime que la tâche qui consiste à améliorer les communications en général, et qui incombe à la fois aux ordres et au ministère, cadre parfaitement avec la nouvelle démarche du gouvernement en matière de gérance et de responsabilité dans le système des soins de santé.

Certains ordres se sont dits préoccupés des coûts élevés qu'entraîneraient les responsabilités supplémentaires à l'égard des communications et de la diffusion des renseignements. Le CCRPS souligne que les Ordres de réglementation des professions de la santé de l'Ontario ont commencé à prendre certaines mesures pour améliorer les communications, grâce à la co-commandite de programmes de publicité. Cette initiative devrait être encouragée. Par ailleurs, les ordres pourraient se faire les instigateurs de programmes partagés avec le ministère, d'autres ordres ou les Ordres de réglementation des professions de la santé de l'Ontario selon les objectifs du programme et les résultats prévus.

Le CCRPS est d'avis que l'un des objectifs de l'autoréglementation consiste à accroître la responsabilisation, ce qui ne peut être accompli que lorsque les activités des ordres sont transparentes et faciles à comprendre.

Le CCRPS a conclu qu'il est nécessaire d'accroître les communications dans toutes les activités des ordres et que la promotion, la surveillance et l'évaluation des programmes d'information du public sont mieux assurées par le conseil de l'ordre lui-même, à titre prioritaire. Les ordres devraient fixer des objectifs annuels de communication avec les membres du public, les membres professionnels et le ministère, en plus de veiller à leur mise en œuvre en tant que fonction opérationnelle qui sera mesurée et évaluée.

Le CCRPS recommande que le comité des relations avec les patients prescrit par la *Loi* soit dissous et remplacé par le programme d'information du public.

En outre, le CCRPS suggère que les fonctions de relations avec les patients en ce qui a trait aux mauvais traitements d'ordre sexuel et les programmes de financement de services de thérapie et de counselling pour les personnes qui, lorsqu'elles étaient des patients, ont été victimes de mauvais traitements d'ordre sexuel de la part de membres devraient être gérés à l'endroit le plus efficace sur le plan administratif au sein de chaque ordre. Dans la version actuelle de la loi[20], le comité des relations avec les patients doit faire rapport au Conseil sur un programme de relations avec les patients qui :

- comprend des mesures visant à prévenir les mauvais traitements d'ordre sexuel à l'égard des patients, ou à traiter de ceux-ci, notamment les exigences en matière d'éducation auxquelles doivent satisfaire les membres, les principes directeurs régissant la conduite des membres avec leurs patients, la formation à donner au personnel de l'ordre et la communication de renseignements au public;

- prévoit le financement de services de thérapie et de counselling pour les personnes qui, lorsqu'elles étaient des patients, ont été victimes de mauvais traitements d'ordre sexuel de la part de membres.

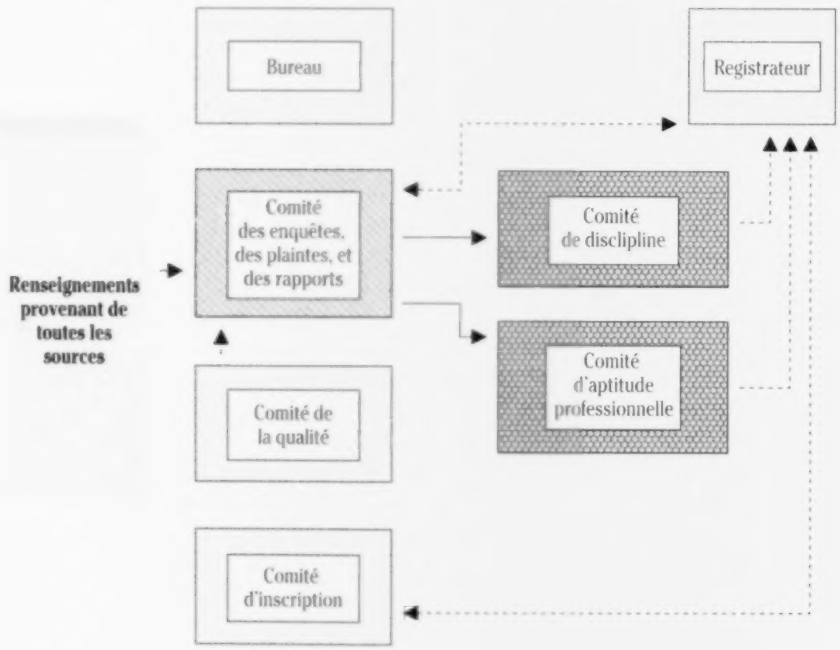
[20] Article 84, annexe 2, Code des professions de la santé

Pour de nombreux ordres, il se peut que la solution la plus appropriée soit d'intégrer au mandat du comité de la qualité les programmes de prévention, d'éducation et de sensibilisation relatifs aux mauvais traitements d'ordre sexuel, tandis que pour d'autres ordres, ces programmes seraient mieux gérés ailleurs dans leurs activités. Chaque ordre devrait déterminer l'emplacement qui convient à l'administration des programmes de financement des services de thérapie et de counselling, en fonction de sa propre structure et de ses propres processus internes. Le CCRPS est convaincu que les ordres sont les mieux placés pour aborder ces questions et que celles-ci ne devraient pas être tranchées par des structures juridiques rigoureuses.

Pour CCRPS, un mandat approprié en ce qui concerne l'information du public serait d'élaborer et de mettre en œuvre des programmes qui offrent des renseignements clairs visant à aider les particuliers – qu'il s'agisse de patients ou de membres – à exercer leurs droits aux termes de la *Loi* et du Code des professions de la santé et de veiller à ce que les communications continues soient améliorées entre l'ordre et ses membres, les autres ordres, le ministre et les membres du public.

3.12 Objectifs : efficacité, accès aux renseignements et opportunité

On s'attend à ce que les recommandations du CCRPS à l'égard des comités légaux rendent l'administration des exigences légales plus efficaces, qu'elles favorisent un accès plus complet aux renseignements au sein de la structure d'un ordre et qu'elles assurent une prise de décisions plus opportune. Selon les propositions du CCRPS, le flux de l'information et des activités sera simplifié de la façon suivante :



3.13 Afin de donner effet à cette structure révisée et aux principes qui s'y rapportent, le Conseil consultatif recommande ce qui suit :

1. Que le paragraphe 1 (1) de l'annexe 2, Code des professions de la santé, soit modifié par l'ajout de la définition suivante :

   « programme d'information du public » Programme visant à aider les particuliers à exercer leurs droits aux termes du présent code et de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* et à améliorer les relations au sein de l'ordre et entre celui-ci et les autres ordres, les membres, les plaignants et le public.

2. Que le paragraphe 1 (1) de l'annexe 2, Code des professions de la santé, soit modifié par la suppression de la définition de « programme d'assurance de la qualité » et son remplacement par la définition suivante :

   « programme d'assurance de la qualité » Programme visant à assurer la qualité de l'exercice de la profession et à promouvoir l'évaluation, l'amélioration et le maintien continus de la compétence parmi les membres.

3. Que l'article (3) de l'annexe 2, Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

   Objets de l'ordre

   3 (1) Les objets de l'ordre sont les suivants

   1. Réglementer l'exercice de la profession et régir l'activité des membres conformément à une loi sur une profession de la santé, au présent code et à la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, ainsi qu'aux règlements et règlements administratifs.

   2. Élaborer et maintenir :

      (a) des normes d'admissibilité applicables aux personnes auxquelles un certificat d'inscription est délivré;

      (b) des programmes et des normes d'exercice pour assurer la qualité de l'exercice de la profession;

      (c) des normes de connaissance et de compétence ainsi que des programmes pour promouvoir l'évaluation, l'amélioration et le maintien continu de la compétence parmi les membres et pour aborder les préoccupations et des plaintes des patients, les changements qui surviennent dans les contextes où les professions sont exercées, les progrès technologiques et les autres situations nouvelles;

      (d) des normes de déontologie applicables aux membres;

(e) des programmes visant à aider les particuliers à exercer leurs droits aux termes du présent code et de *la Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées.*

3. Appliquer la loi sur une profession de la santé, le présent code et la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* dans la mesure où elle se rapporte à la profession, et exercer les autres fonctions qui lui sont imposées et les autres pouvoirs qui lui sont conférés.

4. Promouvoir une collaboration interprofessionnelle avec les autres ordres en ce qui a trait aux questions touchant deux ou plusieurs professions de la santé, y compris, sans limiter la portée générale de la présente disposition de cet objet, en ce qui concerne tout élément se rapportant :

(a) aux normes d'admissibilité, de connaissance et de compétence relatives à l'exécution d'actes autorisés semblables ou partagés,

(b) aux programmes et aux normes d'exercice visant à assurer la qualité de l'exécution d'actes autorisés semblables ou partagés,

(c) aux programmes visant à promouvoir une évaluation, une amélioration et un maintien continus de la compétence dans l'exécution d'actes autorisés semblables ou partagés et à aborder les préoccupations et les plaintes des patients, les changements qui surviennent dans les contextes où les professions sont exercées, les progrès technologiques et les autres situations nouvelles,

(d) aux enquêtes communes sur les professionnels de la santé réglementés qui exercent la profession dans des contextes multidisciplinaires.

5. Poursuivre tout autre objet ayant trait aux soins des êtres humains que le conseil juge souhaitable.

Obligation

(2) Dans la poursuite de ses objets, l'ordre est tenu de servir et de protéger l'intérêt public.

4. Que le paragraphe 10. (1) de l'annexe 2, Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

10. (1) L'ordre a les comités suivants :
1. Le bureau
2. Le comité d'inscription
3. Le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports
4. Le comité de discipline

5. Le comité d'aptitude professionnelle
6. Le comité de la qualité

5. Que le paragraphe 11. (1) de l'annexe 2, Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

Chacun des comités mentionnés au paragraphe 10 (1) surveille et évalue périodiquement ses processus et ses résultats et présente tous les ans un rapport sur ses activités au conseil, dans le format précisé par ce dernier.

6. Que le paragraphe 11. (2) de l'annexe 2, Code des professions de la santé soit abrogé.

7. Que le paragraphe 15 (2) de l'annexe 2, Code des professions de la santé soit modifié par l'ajout du paragraphe suivant :

il a des doutes, en se fondant sur des motifs raisonnables d'après la conduite passée et présente de l'auteur de la demande, sur le fait que ce dernier exercera sa profession du domaine de la santé conformément aux lois ou avec décence, intégrité et honnêteté.

8. Que l'article 80 de l'annexe 2, Code des professions de la santé soit modifié par l'ajout du paragraphe suivant :

(2) Le programme d'assurance de la qualité comporte les éléments suivants :

(a) les critères d'admission à la profession,

(b) les normes d'exercice,

(c) la formation continue et le perfectionnement professionnel voulus pour promouvoir le maintien de la compétence parmi les membres et pour aborder les changements qui surviennent dans les contextes où les professions sont exercées, les normes cliniques, les progrès technologiques et les autres situations nouvelles,

(d) les auto-évaluations, les évaluations par les pairs et les évaluations de l'exercice de la profession,

(e) la surveillance de la participation des membres au programme d'assurance de la qualité et de leur conformité à ce programme,

(f) l'évaluation ou la surveillance des données concernant les plaintes et les rapports, les processus d'évaluation et de remédiation et les exigences en matière de compétence afin de promouvoir une amélioration systémique,

(g) la collaboration interprofessionnelle en ce qui a trait à la prestation de soins de qualité, à l'amélioration continue des

soins et de la sécurité des patients ou à toute question décrite aux alinéas a) à g) dans la mesure où elle touche l'exécution d'actes autorisés semblables ou partagés.

9. Que le paragraphe 83 (3) de l'annexe 2, Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

Renvoi au comité des enquêtes, des plaintes et des rapports

(3) Si le comité de la qualité est d'avis, en se fondant sur une évaluation, qu'un membre a pu commettre une faute professionnelle ou qu'il peut être incompétent ou frappé d'incapacité, il peut communiquer au comité des enquêtes, des plaintes et des rapports son nom, ainsi que les allégations faites contre lui.

10. Que l'article 83.1 de l'annexe 2, Code des professions de la santé soit modifié par l'ajout du paragraphe suivant :

(9) Le comité de la qualité peut faire ce qui suit :

1. Exiger du membre qu'il participe à un programme de formation continue ou de remédiation précis ou à une autoévaluation, à une évaluation par les pairs ou à une évaluation de son exercice de la profession.

2. Surveiller le progrès du membre à l'égard du programme ou de l'évaluation précisé et reconsidérer l'exercice de la profession par le membre à l'issue du programme ou de l'évaluation

3. Déférer le dossier du membre au comité des enquêtes, des plaintes et des rapports s'il n'a pas collaboré avec le comité de la qualité ou avec l'un ou l'autre de ses évaluateurs ou s'il n'a pas participé au programme d'assurance de la qualité ou à un programme ou une évaluation précis

11. Que les articles 84 et 85 de l'annexe 2, Code des professions de la santé soient abrogés et remplacés par ce qui suit :

84. (1) L'ordre offre un programme d'information du public.

(2) Le programme d'information du public comprend les éléments suivants :

(a) des programmes visant à aider les particuliers à exercer leurs droits aux termes du présent code *et de la Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées,*

(b) des mesures visant à améliorer les relations au sein de l'ordre et entre celui-ci et les autres ordres, les membres, les plaignants et le public, y compris, sans s'y limiter :

i. les avis signifiés aux plaignants et aux membres,

ii. les relations avec l'employeur et l'établissement,

iii. les relations avec les médias,

iv. le tableau public, les audiences publiques et les publications sur Internet,

v. les rapports remis au ministre et au Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé,

vi. la collaboration interprofessionnelle avec les autres ordres

(c) des mesures visant à prévenir les mauvais traitements d'ordre sexuel à l'égard des patients, ou à traiter de ceux-ci.

(3) Les mesures visant à prévenir les mauvais traitements d'ordre sexuel à l'égard des patients ou à traiter de ceux-ci doivent porter sur ce qui suit :

(a) les exigences en matière d'éducation auxquelles doivent satisfaire les membres;

(b) les principes directeurs régissant la conduite des membres avec leurs patients;

(c) la formation à donner au personnel de l'ordre;

(d) la communication de renseignements au public.

(4) Le conseil remet au Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé un rapport écrit décrivant le programme d'information du public et, chaque fois que des modifications y sont apportées, un rapport écrit décrivant celles-ci

85. Chaque comité de l'ordre donne au conseil des conseils sur le programme d'information du public.

12. Que le paragraphe 85.7 (3) de l'annexe 2, Code des professions de la santé soit abrogé.

13. Que les mots « comité des plaintes » apparaissant dans la *LPSR* ou dans le Code des professions de la santé soient remplacés par les mots « comité des enquêtes, des plaintes et des rapports » et que les mots « comité d'assurance de la qualité » apparaissant dans la *LPSR* ou dans le Code des professions de la santé soient remplacés par les mots « comité de la qualité ».

4.0 Transparence et responsabilisation

Une préoccupation dominante du CCRPS était que le fonctionnement des ordres aille dans le sens de la transformation du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Plus précisément, le CCRPS souligne le virage du ministère vers un rôle d'intendance, l'accent qu'il met sur la planification des ressources humaines dans le domaine de la santé et la priorité accrue qu'il accorde à la responsabilisation et à la surveillance du rendement et des résultats. Les professions de la santé réglementées se situent de plusieurs façons à l'avant-plan des changements qui sont proposés. Ainsi, la responsabilité de la gestion quotidienne de la réglementation des professionnels de la santé relève des ordres, ce qui permet au ministère de participer efficacement à la supervision du système (son rôle d'intendance). Le ministère se préoccupe également de la planification des ressources humaines dans le domaine de la santé et pour atteindre cet objectif, il lui faut des données améliorées.

Il existe des domaines où des améliorations peuvent être apportées. Tout au long du présent rapport, le CCRPS insiste sur l'importance de la clarté, de la transparence et de la responsabilisation dans la réglementation des professionnels de la santé. Les patients, les membres, les associations et les ordres semblent s'entendre sur le fait que la transparence est l'élément clé de la responsabilisation, de la surveillance et de l'amélioration. Fondamentalement, il faut être en mesure d'observer ce qui est fait pour pouvoir l'évaluer et l'améliorer.

La transparence comporte également d'autres aspects, c'est-à-dire veiller à ce que les gens aient accès aux renseignements dont ils ont besoin, au moment où ils en ont besoin. La plupart des ordres sont maintenant dotés de sites Web qui décrivent leurs activités et qui affichent les décisions des comités de discipline et les dates des audiences prévues. Certains comprennent même couramment une liste des praticiennes et praticiens sur leur site Web. Cet outil pourrait se révéler encore plus utile pour les gens qui désirent trouver une praticienne ou un praticien si le tableau était filtré par région géographique ou par domaine de spécialisation, une pratique observée dans plusieurs autres territoires de compétence. Certains d'entre eux indiquent également si la praticienne ou le praticien en question accepte de nouveaux patients ou clients dans le cadre des services qu'il offre au public.

La plupart des ordres ne publient pas l'ensemble de leur tableau public sur leur site Web, et les particuliers sont limités à obtenir les renseignements figurant au tableau qui sont mis à la disposition du public pendant les « heures de bureau normales », comme le permet le paragraphe 23 (3) du Code des professions de la santé, et « moyennant le versement de frais raisonnables, une copie de tous les renseignements figurant au tableau qu'elle est autorisée à obtenir », comme le permet le paragraphe 26 (6) du Code. Bien que la Loi fasse mention de l'accès aux renseignements, on ne parle ici que d'un accès théorique au mieux : il est très difficile pour un particulier qui ne demeure pas dans la région géographique où est situé l'ordre d'avoir accès à un renseignement qu'il considère important.

Un principe important de la Loi est que certains renseignements précis concernant les professionnels de la santé doivent être mis à la disposition du public. Le CCRPS est d'avis qu'en cette ère de communications électroniques, la diffusion de l'information devrait se faire conformément aux normes et aux pratiques contemporaines de communication.

4.1 Pour mieux informer le public sur le rôle des ordres et sur leurs processus et programmes, le CCRPS recommande ce qui suit :

14. Que l'article 6 de la LPSR soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

> (1) Chacun des ordres présente au ministre, dans les délais et le format précisés par ce dernier, les plans, les rapports, les états financiers, y compris les états financiers vérifiés, de même que les renseignements dont le ministre a besoin aux fins de l'administration de la présente Loi [ou aux fins des activités de gestion, d'évaluation, de surveillance, d'affectation de ressources ou de planification touchant la totalité ou une partie du système de santé, y compris la prestation de services et la planification des ressources humaines dans le domaine de la santé.
>
> (2) Le Conseil consultatif présente chaque année au ministre un rapport sur ses activités et sa situation financière.
>
> (3) Chaque ordre recueille auprès de ses membres, et chacun des membres fournit à l'ordre les renseignements nécessaires pour présenter au ministre les rapports prévus au paragraphe (1) et au Conseil consultatif les rapports prévus à l'article 11.
>
> (4) Chaque ordre publie sur son site Web les renseignements généraux suivants (sans s'y limiter) :
>
> (a) ses rôles, ses responsabilités, ses programmes et ses processus;
>
> (b) les champs d'exercice des professions de la santé qu'il régit;
>
> (c) l'utilisation des titres par ses membres;
>
> (d) ce qui constitue une faute professionnelle de la part de ses membres;
>
> (e) comment accéder à la partie publique du tableau;
>
> (f) tout autre renseignement de nature générale exigé par le ministre.
>
> (5) Chaque ordre doit publier sur son site Web, dans les délais et le format précisés par le ministre, ses états financiers vérifiés et ses renseignements généraux et statistiques relatifs : ,
>
> (a) aux examens et audiences concernant l'inscription;

(b) aux examens et audiences concernant les plaintes;

(c) aux audiences disciplinaires;

(d) aux évaluations d'aptitude professionnelle;

(e) aux évaluations d'assurance de la qualité;

(f) à tout autre programme et processus précisé par le Ministre.

15. Que le paragraphe 23 (3) de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

(3) Quiconque peut obtenir, pendant les heures de bureau normales, et sur le site Web de l'ordre, les renseignements suivants figurant au tableau :

1. Les renseignements visés aux alinéas (2) a), b), c), d.1) et d.2).

2. Les renseignements visés à l'alinéa (2) d) en ce qui concerne une suspension qui est en vigueur

2.1 Les renseignements visés à l'alinéa (2) d.3) en ce qui concerne une révocation ou une suspension qui est en vigueur.

3. L'issue de chaque procédure disciplinaire et de chaque procédure pour incapacité

i. dans laquelle le certificat d'inscription d'un membre a été révoqué ou suspendu ou a été assorti de conditions ou de restrictions,

ii. dans laquelle un membre a été tenu de verser une amende ou de comparaître pour être réprimandé ou dans laquelle une ordonnance a été suspendue si un sous-comité du comité de discipline ou du comité d'aptitude professionnelle a décidé que l'issue de la procédure devait être consignée au tableau.

3.1 L'issue de chaque procédure disciplinaire qui a pris fin à n'importe quel moment avant la date à laquelle le tableau a été dressé ou mis à jour la dernière fois, au cours de laquelle il a été conclu qu'un membre a infligé des mauvais traitements d'ordre sexuel au sens des alinéas 1 (3) a) ou b).

3.2 Les renseignements visés à l'alinéa (2) e.1) qui ont trait aux appels des conclusions du comité de discipline.

4. Les renseignements désignés comme étant de nature publique dans les règlements administratifs.

16. Que le paragraphe 23 (6) de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

> (6) Le registrateur fournit à une personne, moyennant le versement de frais raisonnables, une copie de tous les renseignements sur papier ou électroniques figurant au tableau qu'elle est autorisée à obtenir.

17. Que le paragraphe 56 (1) de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

> Publication des décisions
>
> (1) L'ordre doit publier la décision motivée du sous-comité, ou la décision et un résumé des motifs à l'appui de celle-ci, sur son site Web dès que la décision est rendue, et dans son rapport annuel. Il peut publier la décision motivée ou la décision et le résumé des motifs dans n'importe quelle autre de ses publications.

5.0 Plaintes et rapports

5.1 Procédure de traitement des plaintes

Les personnes qui ont discuté avec le CCRPS de la procédure de traitement des plaintes, y compris les patients, les ordres ou les professionnels, ont parlé sans détour des lacunes du système. Bien que certaines expériences positives aient été décrites, elles ne constituent pas des preuves suffisantes que la procédure de traitement des plaintes fonctionne aussi bien qu'elle le devrait. Les praticiennes et praticiens et les patients ont indiqué que certains problèmes systémiques fondamentaux devaient être examinés.

Les motifs d'insatisfaction varient. Certaines personnes se disaient insatisfaites du fait qu'elles n'étaient pas tenues au courant de l'état d'avancement de leur plainte, ou de la façon dont elle avait été réglée. D'autres se disaient insatisfaites de la décision prise par rapport à une plainte, ayant le sentiment qu'elle était trop indulgente ou qu'il n'y avait pas eu de règlement satisfaisant. Certains plaignants ont indiqué qu'ils croyaient que lorsqu'une question était déférée au comité d'assurance de la qualité, dont les activités sont confidentielles, l'ordre protégeait le membre.

Les membres et les associations professionnelles, de leur côté, ont exprimé la crainte que les ordres aient un parti pris envers les plaignants. Certains ont souligné que la procédure de traitement des plaintes est conçue pour offrir un recours aux patients qui désirent porter plainte mais sans chercher à obtenir réparation, ce qui relève des tribunaux. La procédure de traitement des plaintes est essentiellement conçue en vue d'améliorer l'exercice d'un membre ou de la profession.

Des réponses contradictoires ont été obtenues quant au caractère adéquat des communications relatives aux plaintes, et ce fait témoignait des différences observées entre les ordres en ce qui a trait à l'administration de la procédure. Certaines personnes ont estimé que les communications

relatives à la plainte entre l'ordre et le patient ou le membre étaient inadéquates, tandis que d'autres ont indiqué que l'ordre leur faisait régulièrement part des progrès à chaque étape.

Le CCRPS admet qu'il y a place à amélioration dans certains domaines, comme l'ont souligné les plaignants, notamment :

- Les ordres devraient assurer le suivi auprès des plaignants en leur indiquant précisément la façon dont la question évolue ou a été réglée.

- La procédure de traitement des plaintes est trop longue : entre le moment où la plainte est logée et celui où elle est réglée, on peut piétiner pendant des années.

Les ordres reconnaissent eux-mêmes les problèmes du système. On a indiqué au CCRPS à de nombreuses reprises qu'il était impossible de donner suite à une plainte dans les 120 jours, comme l'exige présentement la Loi. En effet, l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario indique sur son site Web [1] que le règlement d'une plainte peut prendre jusqu'à un an. Plusieurs ordres ont souligné que l'examen juste et complet d'une plainte ne devait pas être restreint par une limite de temps arbitraire, et que la cueillette de renseignements nécessaires à l'examen par un sous-comité d'examen des plaintes se devait d'être exhaustive et pertinente.

Les appels interjetés auprès de la Commission d'appel et de révision des professions de la santé ayant pour motif l'incapacité de respecter le délai de 120 jours sont largement considérés comme un obstacle supplémentaire au règlement d'une plainte en temps opportun. Plusieurs répondants ont proposé d'intégrer de nouvelles exigences de surveillance à la Loi pour faire en sorte que des délais optimaux soient respectés pour le règlement de toutes les plaintes. De nombreux ordres ont suggéré que la Loi oblige les ordres à s'efforcer de statuer sur une plainte dans un délai de 150 ou 180 jours.

Les communications relatives aux plaintes semblaient particulièrement problématiques, de nombreux membres et les plaignants ayant signalé un manque de renseignements concernant l'état de la plainte.

La Commission d'appel et de révision des professions de la santé a recommandé que l'on apporte des modifications à la loi pour permettre : a) au comité des plaintes de tenir compte des antécédents de plaintes au moment de statuer sur une plainte particulière, b) à l'ordre de mettre les antécédents de plaintes à la disposition de la Commission (dans le cadre du dossier d'enquête et des documents et renseignements examinés par le comité des plaintes), lorsqu'un réexamen est demandé, c) à la Commission de tenir compte des antécédents de plaintes lorsqu'elle examine le caractère raisonnable de la décision du comité, et d) à la

[1] (Rapport annuel 2004) p. 11 et 12. Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, http://www.cpso.on.ca/publications/dialogue/0105/Annual%20Report%202004.pdf

Commission de prendre connaissance des autres dossiers que le comité traite ou qu'il a déjà traités en relation avec un membre en particulier, au moment d'examiner le caractère raisonnable de sa décision.

Le CCRPS a examiné les questions qui avaient une incidence sur une procédure de traitement des plaintes satisfaisantes, y compris les initiatives mises en œuvre par d'autres territoires de compétence pour résoudre des problèmes similaires.

Autres territoires de compétence

Les mécanismes de traitement des plaintes varient. En Australie, en Nouvelle-Zélande et en Grande-Bretagne, les plaintes sont examinées par un système centralisé de traitement des plaintes, qui met l'accent sur des méthodes moins officielles de règlement des plaintes et sur un suivi des plaintes dans le but d'apporter des améliorations à l'ensemble du système. Ces systèmes sont axés sur le patient et comprennent des défenseurs des droits des patients qui aident les plaignants, leur prodiguent des conseils et travaillent à résoudre les plaintes de façon officieuse.

L'Australie et la Nouvelle-Zélande ont mis sur pied un mécanisme de coréglementation pour les plaintes dans le domaine de la santé. Chaque État et territoire compte son propre bureau du commissaire aux plaintes relatives aux soins de santé (Health Care Complaints Commissioner ou HCCC) ou ombudsman, qui agit comme un centre « multi-services » pour les plaintes déposées par tous les utilisateurs des soins de santé. Les HCCC sont des organes législatifs indépendants mis sur pied pour aider à résoudre les plaintes d'une façon juste et impartiale, et pour utiliser les renseignements de façon à apporter des changements systémiques en vue d'améliorer la prestation des soins de santé.

Le système de traitement des plaintes centralisé du Royaume-Uni est semblable à celui de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande, et il exige que les plaignants s'efforcent d'abord de régler leurs problèmes directement avec l'organisme ou le praticien visé. On insiste beaucoup pour que les parties tentent de régler la question de façon officieuse aux étapes initiales, la plainte ne passant à l'étape d'enquête plus officielle que si le plaignant croit que la plainte n'a pas été réglée de façon satisfaisante. Par ailleurs, on a recours à un système de suivi des plaintes pour relever les modifications systémiques qui pourraient améliorer la prestation des services.

En Colombie-Britannique, le College of Registered Nurses of British Columbia a recours à des coordonnateurs des questions de soins infirmiers (semblables aux défenseurs des droits des patients) qui aident les plaignants, leur prodiguent des conseils et les renseignent sur leurs options. L'Ordre déclare que 80 % des plaintes peuvent être résolues de façon officieuse. L'Alberta fait en sorte que la médiation soit la première étape à suivre pour porter plainte contre un professionnel, et si un règlement est peu probable ou qu'il ne peut être conclu, la plainte est alors traitée au moyen d'une procédure de traitement des plaintes plus officielle.

L'importance que ces systèmes accordent aux patients se traduit par un taux de satisfaction élevé chez ces derniers. On insiste fortement sur le règlement officieux des conflits et, par conséquent, on observe moins de litiges.

Les États-Unis suivent une méthode plus litigieuse et disparate. Les procédures de traitement des plaintes varient d'un État à l'autre aux États-Unis, mais en règle générale, les plaintes doivent être déposées par écrit et accompagnées d'un formulaire de divulgation du dossier médical. On informe les plaignants que leur plainte a été reçue, puis il arrive qu'on ne communique plus avec eux tant que le dossier n'est pas fermé, à moins que l'on ait besoin de renseignements supplémentaires au cours d'une enquête. Dans de nombreux États, il semble y avoir moins d'insistance sur le règlement officieux des plaintes, et peu de preuves à l'effet que les données tirées des plaintes des patients sont utilisées pour apporter des améliorations systémiques à la profession.

Le modèle des États-Unis offre également des avantages et des inconvénients. Les patients sont souvent en mesure d'évaluer les fournisseurs de services éventuels au moyen de rapports sur leurs antécédents professionnels facilement accessibles sur Internet. De nombreux patients préfèrent restreindre leur participation au processus une fois la plainte déposée. Pour le membre, le modèle américain permet à chaque profession de conserver son autonomie et le contrôle complet de sa procédure de traitement des plaintes. Par ailleurs, la procédure n'est pas ralentie par le recours à des défenseurs des droits.

Après avoir examiné un certain nombre de modèles de traitement des plaintes utilisés ailleurs, le CCRPS a recueilli des renseignements et des commentaires sur la viabilité de ces modèles en Ontario, et sur la nécessité de tels modèles. Le CCRPS a également obtenu des réponses sur la continuité et l'étendue des communications avec les plaignants et les membres visés par la procédure, de même que sur le suivi des données liées à la cause de la plainte en vue d'une amélioration systémique.

On a étudié avec soin les avantages et les limites d'un système centralisé de traitement des plaintes pour tous les professionnels de la santé réglementés de l'Ontario. Certains répondants préconisaient l'utilisation de certains aspects d'un tel système, tandis que d'autres craignaient que les questions propres à une profession ne soient pas bien comprises. Certains ont indiqué qu'un système centralisé serait utile pour tenter de résoudre les plaintes de façon officieuse, et que si cela se révélait impossible, la plainte pourrait alors être transmise directement à l'ordre pour qu'il la tranche. Certains voyaient l'utilité d'un numéro sans frais commun que les patients pourraient composer pour recevoir des renseignements sur la façon de porter plainte, et être dirigés vers l'ordre compétent.

Les participants appuyaient fortement l'idée de mettre davantage l'accent sur le patient dans le cadre de la procédure de traitement des plaintes, de façon à ce que les plaignants soient tenus au courant des démarches à toutes les étapes de la procédure.

Le CCRPS conclut ce qui suit :

- Avant d'envisager d'apporter des modifications majeures au modèle de traitement des plaintes prévu par la *LPSR*, il importe de trouver des façons de combler les lacunes actuelles sur le plan de la mise en œuvre. Les légères modifications à apporter aux exigences réglementaires, en plus de celles à apporter à la culture de traitement des plaintes, devraient être ciblées en premier lieu, et des évaluations devraient être effectuées. Si d'autres améliorations de l'avancement, de l'efficience et du service sont considérées comme étant nécessaires et qu'elles peuvent être obtenues par de nouveaux mécanismes comme un système centralisé de réception des plaintes pour toutes les professions, des consultations entre le CCRPS et les ordres devraient être a morcées. Les discussions devraient permettre de déterminer la meilleure méthode pour améliorer la satisfaction des patients et des membres, réduire les délais nécessaires pour statuer sur les plaintes et garantir que les responsabilités de chaque ordre en matière de discipline sont maintenues. Les conclusions tirées devraient ensuite être mises à l'essai au moyen d'un programme de consultation plus vaste touchant les membres du public, les établissements de soins de santé, les associations professionnelles et autres parties intéressées.

- Les délais fixés par la Loi pour statuer sur une plainte ne sont pas raisonnables et doivent être modifiés. Bien que nombreux soient ceux qui ont suggéré que la Loi ne devrait pas préciser de limite de temps, le CCRPS a conclu que les ordres devraient être tenus de faire leur possible pour statuer sur une plainte dans un délai de 150 jours. Grâce à cette méthode, un point de référence est maintenu pour un règlement expéditif de la plainte, et les ordres devraient mesurer leur rendement à l'aulne de ce point de référence et rendre compte de l'atteinte de leur objectif.

  Le CCRPS a souligné que les ordres définissent de façon différente le début et la fin de la suite donnée à une plainte. Certains ordres calculent le délai à compter de la réception de la plainte écrite jusqu'à la remise de l'avis de décision écrit. D'autres calculent le délai à partir du moment où le plaignant et l'ordre conviennent de la teneur et des questions devant être abordées dans la décision écrite. Pour assurer la clarté et l'uniformité entre les ordres, le CCRPS recommande que le délai soit calculé à compter de la réception de la plainte écrite jusqu'au moment où l'ordre remet au plaignant et au membre visé un avis de décision par écrit.

- Le droit à un réexamen par la Commission d'appel et de révision des professions de la santé en relation avec les délais retarde le règlement des plaintes plutôt que de l'accélérer. Lorsqu'une demande de réexamen est présentée à la Commission d'appel et de révision des professions de la santé, l'enquête de l'ordre prend fin, et une nouvelle enquête peut être amorcée par la Commission une fois qu'elle a reçu tous les renseignements sur la plainte et sur les progrès réalisés dans le cadre de l'enquête menée par l'ordre.

La participation de la Commission dans ce cas ne permet pas vraiment d'améliorer la protection du public, et elle risque d'inter rompre les progrès de l'enquête en cours. Par conséquent, le CCRPS a conclu que cet examen déclenché par les délais n'offre que peu d'avantages, et qu'il devrait être supprimé de la Loi. Cependant, d'autres exigences devraient être imposées aux ordres pour qu'ils agissent en temps opportun et qu'ils transmettent des avis au plaignant et au répondant.

- Il est essentiel d'instaurer un processus ouvert et transparent dans le cadre duquel le plaignant et le membre reçoivent un avis de retard expliquant les motifs du retard et comportant un échéancier révisé pour le règlement. Le CCRPS conclut qu'il est nécessaire d'imposer une obligation légale de fournir les renseignements sur l'état de la plainte.

- Dans sa version actuelle, la loi ne renferme aucune disposition qui traite de l'examen des plaintes concernant des soins prodigués dans un environnement multidisciplinaire, ou d'enquêtes sur les plaintes menées conjointement par plusieurs ordres. Compte tenu des changements qui surviennent dans les milieux d'exercice, le CCRPS a conclu que la Loi devrait rendre possibles les enquêtes conjointes des ordres, et le partage de renseignements entre les enquêteurs nommés par plus d'un ordre.

- Un sous-comité qui examine une plainte devrait avoir accès à tous les dossiers et documents pertinents, y compris les faits inscrits au tableau. Il n'existe actuellement aucun mécanisme permettant d'examiner les plaintes ou les rapports antérieurs concernant un membre au niveau de l'enquête initiale. Ces renseignements sont pertinents au règlement de la plainte et ils devraient être examinés par le sous-comité. Le CCRPS conclut que le tableau devrait contenir un registre de chacune des plaintes et de chacun des rapports déposés auprès de l'ordre, avec le règlement de la plainte et du rapport.

- Bien que certains ordres préconisent d'abord des méthodes de traitement officieuses ou le règlement à l'amiable pour tenter de résoudre une plainte, il n'existe aucune disposition permissive et habilitante dans la Loi, et aucune exigence de publication du règlement dans certaines circonstances. Le CCRPS souligne qu'un règlement à l'amiable peut résoudre un problème rapidement et permettre de trouver des solutions mutuellement acceptables et appropriées aux circonstances. Cette question est abordée plus en détail à la section 4.5 du présent rapport.

- La disposition actuelle qui permet à un sous-comité d'examen des plaintes de déférer le dossier au comité d'assurance de la qualité est inappropriée, puisqu'elle laisse entendre que l'amélioration de la qualité est une mesure punitive. Le rôle du comité de la qualité devrait être de favoriser l'éducation, le perfectionnement des compétences et l'amélioration systémique de la profession, et il devrait offrir aux membres la possibilité d'améliorer leur exercice.

Si un sous-comité d'examen des plaintes demande la collaboration d'un membre pour signer un engagement à respecter certaines normes ou une forme de mesure corrective, la surveillance de la conformité devrait relever du comité des enquêtes, des plaintes et des rapports.

- Si l'un de ses sous-comités ne peut obtenir les renseignements voulus au cours d'une enquête sur une plainte ou un rapport, et qu'il a des motifs raisonnables et probables de croire que le membre a commis une faute professionnelle ou qu'il est incompétent, le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports devrait avoir le pouvoir de demander directement au registrateur de nommer un enquêteur pour se renseigner sur l'exercice du membre et l'examiner. Les résultats de l'enquête seront présentés au comité des enquêtes, des plaintes et des rapports pour qu'il prenne les mesures qui s'imposent, y compris déterminer le règlement approprié et en fournir les motifs par écrit. De la même façon, si un sous-comité du comité des enquêtes, des plaintes et des rapports a des motifs raisonnables et probables de croire qu'un membre est inapte, il devrait demander directement au registrateur de nommer un évaluateur de la santé pour examiner la condition physique, psychologique ou autre du membre, et recevoir un rapport de l'évaluateur afin de l'examiner.

- Dans son rapport de 2001, le CCRPS a recommandé que les plaignants aient le statut de partie aux audiences disciplinaires. Le CCRPS a reconsidéré cette proposition après une analyse des réactions des ordres, des associations et des autres intervenants, et après examen de la common law. Le CCRPS conclut maintenant que le ministre ne devrait pas donner suite à la recommandation précédente. Selon le CCRPS, une telle démarche pourrait donner lieu à une audience injuste, du fait qu'un membre serait confronté à deux adversaires : l'ordre et le plaignant. Cette proposition viendrait modifier la nature des audiences disciplinaires, et offrirait peu ou pas d'avantages sur le plan de la protection de l'intérêt public. Les plaignants ont maintenant le droit de demander le statut d'intervenant en vertu de l'article 41.1 du Code des professions de la santé et ils devraient être avisés de ce droit par l'ordre.

5.2 Pour donner effet à ces propositions ayant trait à la procédure de traitement des plaintes, le CCRPS recommande ce qui suit :

18. Que le paragraphe 23 (2) de l'annexe 2, Code des professions de la santé soit modifié par l'ajout d'un nouvel alinéa, comme suit :

    une indication de chaque plainte et rapport déposé auprès de l'ordre et du règlement de la plainte et du rapport.

19. Que le paragraphe 25 (1) de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

    Enquêtes sur les plaintes et rapports

25. (1a) Toute plainte relative à la conduite ou aux actes d'un membre qui est déposée auprès du comité des enquêtes, des plaintes et des rapports doit faire l'objet d'une enquête par le personnel de l'ordre à la demande d'un sous-comité choisi par le président du comité.

(1b) Le sous-comité doit surveiller les progrès de l'enquête, demander des renseignements supplémentaires au besoin et tenir compte des résultats de l'enquête.

(1c) Si une plainte ou un rapport concerne un service fourni dans un environnement multidisciplinaire, l'enquêteur peut tenir une enquête sur la plainte ou le rapport, ou y participer, avec un ou plusieurs enquêteurs nommés par d'autres ordres, et il peut partager des renseignements avec les autres enquêteurs aux fins de l'enquête.

20. Que le paragraphe 25 (2) de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

(2) Le sous-comité se compose d'au moins trois membres du comité des enquêtes, des plaintes et des rapports, dont au moins une personne nommée par le lieutenant-gouverneur en conseil.

21. Que le paragraphe 25 (4) de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

(4) Une plainte doit être présentée par écrit ou enregistrée sur une bande, un film, un disque ou un autre support pour être examinée par un sous-comité

22. Que le paragraphe 25 (5) de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

Avis adressé au membre

(5) Le sous-comité avise immédiatement de la plainte ou du rapport et des dispositions du paragraphe 26 (1) le membre qui fait l'objet de la plainte ou du rapport.

Avis adressé au plaignant ou à la personne qui dépose un rapport

(6) Le sous-comité remet au plaignant ou à la personne qui a déposé la plainte ou le rapport un avis écrit accusant réception de la plainte ou du rapport, une explication générale des procédures suivies par l'ordre pour le traitement de la plainte ou du rapport et la date prévue du règlement de la plainte ou du rapport.

23. Que le paragraphe 26 (2) de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

Pouvoirs du sous-comité

(2) Après avoir étudié les résultats d'une enquête concernant une plainte ou un rapport, ainsi que les observations du membre, et avoir examiné ou avoir fait des efforts raisonnables pour examiner tous les documents et éléments d'information qui, selon lui, se rapportent à la plainte ou au rapport, le sous-comité peut prendre l'une ou l'autre, ou plusieurs, des mesures suivantes :

1. Renvoyer toute allégation précisée de faute professionnelle ou d'incompétence du membre au comité de discipline, si elle se rapporte à la plainte ou au rapport.

2. Adresser le membre au comité d'aptitude professionnelle aux fins de procédures pour incapacité.

3. Exiger du membre qu'il se présente devant le sous-comité pour recevoir un avertissement.

4. Exiger du membre qu'il suive un programme d'éducation permanente ou de redressement précis.

5. Exiger du membre qu'il se soumette à un examen de son état physique ou psychologique ou de son exercice pratique, ou à toute autre évaluation.

6. Accepter un engagement volontaire de la part du membre.

7. Faciliter et surveiller les progrès de tout autre processus de règlement à l'amiable conclu entre le plaignant et le membre avant de renvoyer une allégation au comité de discipline ou un membre au comité d'aptitude professionnelle.

8. Prendre toute mesure qu'il estime opportune et qui n'est pas incompatible avec la loi sur une profession de la santé, le présent code, les règlements ou les règlements administratifs.

24. Que le paragraphe 26 (3) de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé. .

25. Que le paragraphe 27 (2) de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

Avis de décision

27. Le sous-comité donne au plaignant et au membre qui fait l'objet de la plainte les documents suivants :

(a) une copie de sa décision;

(b) une copie du texte des motifs, si le sous-comité a décidé de ne prendre aucune mesure à l'égard de la plainte ou de prendre la mesure prévue aux dispositions 3, 4, 5, 6 ou 8 du paragraphe 26 (2);

(c) un avis informant le membre et le plaignant de tout droit de demander un réexamen qui peut leur être conféré en vertu du paragraphe 29 (2).

26. Que le paragraphe 28 (2) de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

28. (1) Le sous-comité doit faire son possible pour statuer sur la plainte dans les 150 jours qui suivent son dépôt par écrit.

(2)) Si le sous-comité n'a pas statué sur la plainte dans les 150 jours suivant son dépôt, il transmet au plaignant et au membre un avis écrit précisant les motifs du retard ainsi que la date prévue du règlement.

(3) Si le sous-comité n'a pas statué sur une plainte à la date de règlement prévue au paragraphe 28 (2), il transmet au plaignant et au membre un avis écrit faisant état des progrès de l'enquête sur la plainte et de la nouvelle date prévue pour le règlement tous les trente jours, jusqu'à ce que la plainte ait été réglée.

27. Que l'alinéa 26 (1) a) de la *LPSR* soit abrogé.

28. Que le paragraphe 36 (2) de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

DISCIPLINE

Renvoi par le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports

36. (1) Le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports peut renvoyer au comité de discipline toute allégation précisée de faute professionnelle ou d'incompétence d'un membre.

Allégations de mauvais traitements d'ordre sexuel

(2) Pour décider s'il y a lieu de renvoyer au comité de discipline une allégation de mauvais traitements d'ordre sexuel à l'égard d'un patient, le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports tient compte de toute opinion, exigée aux termes du paragraphe 85.3 (5), quant à la probabilité que le membre qui fait l'objet du rapport inflige des mauvais traitements d'ordre sexuel à des patients à l'avenir.

Idem

(3) Le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports renvoie au comité de discipline une obligation fondée de mauvais traitements d'ordre sexuel à l'égard d'un patient du type décrit aux sous-dispositions i, ii, iii ou iv de la disposition 2 du paragraphe 51 (5).

29. Que le paragraphe 37 (1) de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

Suspension provisoire

37. (1) Le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports peut, sous réserve du paragraphe (5), rendre une ordonnance provisoire enjoignant au registrateur de suspendre le certificat d'inscription ou de l'assortir de conditions ou de restrictions si :

(a) d'une part, une allégation est renvoyée au comité de discipline;

(b) d'autre part, il est d'avis que la conduite du membre expose ou exposera vraisemblablement ses patients à un préjudice ou à des blessures.

30. Que le paragraphe 37 (5) de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

Restrictions relatives aux ordonnances

(5) Aucune ordonnance ne peut être rendue en vertu du paragraphe (1) à l'égard d'un membre sans que le membre :

(a) ait été avisé de l'intention du comité des enquêtes, des plaintes et des rapports de rendre l'ordonnance;

(b) ait bénéficié d'un délai d'au moins quatorze jours pour présenter des observations par écrit au comité des enquêtes, des plaintes et des rapports.

31. Que l'article 57 de l'annexe 2, Code des professions de la santé soit abrogé.

32. Que l'article 58 de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

Nomination d'un évaluateur de la santé

58. (1) Le registrateur peut nommer un ou plusieurs évaluateurs de la santé pour déterminer si un membre est frappé d'incapacité si le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports a reçu par écrit une plainte ou un rapport et qu'il a demandé au registrateur de procéder à une évaluation de la santé du membre.

Avis adressé au membre

(2) Le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports avise le membre de son intention de demander la nomination d'un évaluateur de la santé pour mener une enquête afin d'établir si le membre est frappé d'incapacité avant que le registrateur ne procède à la nomination.

33. Que l'article 59 de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

Enquêtes de l'évaluateur de la santé

59. (1) L'évaluateur de la santé mène les enquêtes qu'il estime appropriées.

Examens physiques ou mentaux

(2) Si, au terme de ses enquêtes, l'évaluateur de la santé a des motifs raisonnables et probables de croire que le membre qui fait l'objet de l'évaluation est frappé d'incapacité, le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports peut exiger de lui qu'il subisse des examens physiques ou mentaux pratiqués ou ordonnés par un professionnel de la santé que l'évaluateur de la santé désigne et peut, sous réserve de l'article 63, rendre une ordonnance enjoignant au registrateur de suspendre le certificat d'inscription du membre jusqu'à ce qu'il ait subi ces examens.

34. Que l'article 60 de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

Rapport de l'évaluateur de la santé

60. L'évaluateur de la santé présente un rapport au comité des enquêtes, des plaintes et des rapports et remet une copie de celui-ci, ainsi qu'une copie de tout rapport relatif aux examens exigés aux termes du paragraphe 59 (2), au membre qui a fait l'objet de l'évaluation.

35. Que l'article 61 de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

Renvoi au comité d'aptitude professionnelle

61. Après avoir reçu le rapport d'un évaluateur de la santé, le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports peut renvoyer la question au comité d'aptitude professionnelle.

36. Que l'article 62 de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

Suspension provisoire

62. (1) Le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports peut, sous réserve de l'article 63, rendre une ordonnance provisoire

enjoignant au registrateur de suspendre le certificat d'inscription d'un membre ou de l'assortir de conditions ou de restrictions si :

(a) d'une part, il a renvoyé au comité d'aptitude professionnelle une question mettant en cause le membre

(b) d'autre part, il est d'avis que l'état physique ou mental du membre expose ou exposera vraisemblablement ses patients à un préjudice ou à des blessures.

Procédure suivant la suspension provisoire

(2) Si le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports rend une ordonnance en vertu du paragraphe (1) à l'égard d'une question renvoyée au comité d'aptitude professionnelle :

(a) d'une part, l'ordre traite la question avec célérité;

(b) d'autre part, le comité d'aptitude professionnelle donne priorité à la question.

Effet de l'ordonnance

(3) L'ordonnance prévue au paragraphe (1) demeure en vigueur jusqu'à ce que la question soit tranchée par un sous-comité du comité d'aptitude professionnelle.

37. Que l'article 63 de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

Restrictions relatives aux ordonnances

63. Aucune ordonnance ne peut être rendue à l'égard d'un membre par le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports en vertu des paragraphes 59 (2) ou 62 (1) sans que le membre

(a) ait été avisé de l'intention du Comité de rendre l'ordonnance;

(b) ait bénéficié d'un délai d'au moins quatorze jours pour présenter des observations par écrit au Comité;

(c) ait reçu copie des dispositions de l'article 62, dans le cas d'une ordonnance émanant du Comité, prévue au paragraphe 62 (1).

38. Que l'article 75 de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

Enquêteurs

75. Le registrateur peut nommer un ou plusieurs enquêteurs

chargés d'établir si un membre a commis une faute professionnelle ou est incompétent, dans les cas suivants :

(a) le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports a reçu un rapport du comité de la qualité concernant le membre et a demandé au registrateur de mener une enquête;

(b) le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports a reçu une plainte ou un rapport par écrit au sujet du membre et a demandé au registrateur de mener une enquête.

39. Que l'article 79 de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

Rapport d'enquête

79. Le registrateur présente un rapport faisant état du résultat de l'enquête au comité des enquêtes, des plaintes et des rapports.

5.3 Règlement à l'amiable

Les plaintes déposées auprès des ordres au sujet de membres individuels sont d'une nature et d'une gravité très variables. Certaines personnes ont soulevé des questions au sujet des pratiques de facturation. D'autres ont attiré l'attention sur la tenue de dossiers inférieure aux normes ou sur les conflits d'intérêts. D'autres encore ont mentionné les mauvaises communications menant à des diagnostics mal interprétés et à une mauvaise gestion des dossiers. D'autres plaintes portaient sur de graves erreurs de jugement professionnel qui ont donné lieu à des traitements inappropriés. Les signalements les plus graves sont ceux de mauvais traitements d'ordre physique ou sexuel.

Les tendances en matière de réglementation des professions de la santé révèlent un recours de plus en plus grand à des mécanismes officieux pour régler les plaintes. Le règlement officieux atténue la nature accusatoire de la procédure de traitement des plaintes et permet souvent de régler la question plus rapidement. Le règlement officieux peut également permettre de réduire le nombre de plaintes jugées, ce qui favorise les économies.

Plusieurs territoires de compétence, dont la Grande-Bretagne, l'Australie et la Nouvelle-Zélande, insistent sur l'utilisation du règlement officieux comme première étape de la procédure de traitement des plaintes. Ces pays sont également des chefs de file en ce qui a trait au suivi du règlement des plaintes, y compris celles qui sont réglées de façon officieuse, dans l'espoir de contribuer à une amélioration continue à l'échelle du système.

Dans son rapport de 2001, le CCRPS faisait observer qu'en Ontario, « les ordres n'agissent pas tous de la même façon [à l'égard des règlements à l'amiable] et qu'ils n'utilisent pas le même vocabulaire pour en parler ». Le CCRPS avait alors conclu que les « catégories de plaintes pouvant faire l'objet d'un tel règlement [devaient être] énoncées dans le *Code* ».

En 2006, le CCRPS maintient cette recommandation.

La *LPSR* ne fait aucune mention des circonstances dans lesquelles une possibilité de résoudre une question sans audience officielle est raisonnable, ni de la forme que devrait prendre l'obligation de rendre compte au public lorsqu'on a recours à une telle procédure.

L'article 4 de la *Loi sur l'exercice des compétences légales* accorde aux organismes de réglementation le pouvoir de recourir à des procédures de rechange pour les audiences, mais celles-ci ne s'appliquent pas à la procédure de traitement de plaintes, qui ne prévoit la tenue d'aucune audience. La *Loi sur l'exercice des compétences légales* stipule que toutes les parties à une audience doivent accepter de participer à un mécanisme de règlement extrajudiciaire des différends, qui peut comprendre la médiation, la conciliation, la négociation ou tout autre moyen permettant de faciliter le règlement des questions en litige. Elle exige également que des lignes directrices de procédure soient adoptées pour les cas où un règlement obtenu au moyen d'une procédure à l'amiable doit être examiné et approuvé par le tribunal.

De nos jours, les mécanismes de règlement à l'amiable appliqués par les ordres sont différents. Certains ordres n'utilisent tout simplement pas le règlement à l'amiable. L'Ordre royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario fait appel à des médiateurs externes pour le règlement des plaintes. L'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, de son côté, applique un mécanisme de règlement à l'amiable interne et ne considère pas les plaintes comme des différends. L'ordre s'efforce plutôt d'apporter des améliorations au système dans le cadre de sa démarche de règlement des plaintes. Le site Web de l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario énonce ce qui suit :

> La plupart du temps, l'Ordre peut résoudre une réclamation en parlant au patient ou en mettant le pharmacien au courant de la situation. Il est souvent possible de résoudre les préoccupations du patient en lui expliquant le règlement de la pharmacie ou en discutant avec toutes les parties intéressées. S'il n'est pas possible de résoudre le problème, le patient sera invité à présenter sa réclamation par écrit.

Le Conseil consultatif a déterminé qu'une disposition permissive habilitant les ordres à recourir à un règlement à l'amiable ou officieux dans les affaires de plaintes, à l'exception des cas de plaintes relatifs à des mauvais traitements d'ordre sexuel graves, devrait être intégrée à la *LPSR*. Le CCRPS a conclu par ailleurs qu'un registre des décisions ou des règlements devrait être conservé par écrit, y compris un registre des faits révélés, et que tout règlement devrait être examiné et approuvé par un sous-comité du comité des enquêtes, des plaintes et des rapports. Une fois l'approbation obtenue, les résultats des règlements officieux figureront au tableau de l'ordre.

Le CCRPS estime que la Loi devrait clairement décrire les principes du processus de règlement à l'amiable de sorte qu'ils soient bien compris par les plaignants et les membres visés, et que les ordres devraient veiller à ce que les plaignants et les membres soient bien informés de toutes les questions relatives au processus ainsi que des solutions de rechange qui

s'offrent à eux. Les ordres devraient porter une attention particulière à tout déséquilibre des forces qui pourrait exister entre les parties. Les principes devraient inclure ce qui suit :

- Une personne nommée pour aider à résoudre une question au moyen d'un processus de règlement à l'amiable peut être un membre du comité des enquêtes, des plaintes et des rapports ou une personne indépendante. Cependant, le membre du comité des enquêtes, des plaintes et des rapports qui est nommé ne pourra ultérieurement entendre l'affaire si elle est présentée au comité des enquêtes, des plaintes et des rapports, à moins que les parties ne donnent leur consentement;

- Consentement éclairé et volontaire au processus;

- Divulgation complète et franche de tous les faits;

- Décisions par écrit, y compris un registre des faits révélés;

- Approbation du règlement par un sous-comité du comité des enquêtes, des plaintes et des rapports;

- Aucune note ni aucun registre présenté par une personne nommée pour faciliter le règlement de la plainte n'est admissible dans une instance civile.

Si, au cours du processus, un règlement ne peut être obtenu, le processus de règlement à l'amiable de la plainte est arrêté et les procédures normales du comité des enquêtes, des plaintes et des rapports sont engagées.

Le CCRPS voit des avantages à encourager et à faciliter le règlement officieux des plaintes. Si l'on instaure des mesures de protection, le règlement à l'amiable peut respecter le processus judiciaire et donner des résultats qui vont dans le sens de l'intérêt du public.

5.4 Le CCRPS recommande que les ajouts suivants concernant le règlement à l'amiable soient apportés à l'annexe 2, Code des professions de la santé :

40. Qu'une nouvelle définition de règlement à l'amiable, formulée comme suit, soit ajoutée au Code des professions de la santé :

> « processus de règlement à l'amiable » comprend la médiation, la conciliation, la négociation et tout autre moyen permettant de faciliter le règlement des questions en litige.

41. Qu'un nouvel article, formulé comme suit, soit ajouté au Code des professions de la santé :

> Règlement à l'amiable
>
> 1. Un sous-comité du comité des enquêtes, des plaintes et des rapports peut instruire un plaignant et le membre qui fait

l'objet de la plainte de prendre part à un processus de règlement à l'amiable dans le but de régler la plainte ou une question liée à la plainte, à moins que la plainte ne porte sur une allégation selon laquelle le membre aurait infligé des mauvais traitements d'ordre sexuel du type décrit aux sous-dispositions i, ii, iii, iv ou v de la disposition 2 du paragraphe 51 (5).

2. Tous les règlements conclus dans le cadre d'un processus de règlement à l'amiable doivent être examinés et approuvés par le sous-comité.

3. Si le sous-comité approuve un règlement, il créé par écrit un registre du processus suivi contenant, au minimum, une description du règlement conclu et des faits révélés au cours du processus, et il inscrit ce registre au tableau tenu par le registrateur.

4. Si un règlement ne peut être conclu dans le cadre d'un processus de règlement à l'amiable ou si le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports refuse d'approuver le règlement, les procédures normales du comité des enquêtes, des plaintes et des rapports sont engagées.

5. Un processus de règlement à l'amiable ne peut être utilisé que si :

   (a) le plaignant et le membre acceptent, sur une base éclairée et volontaire, de participer au processus;

   (b) le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports a produit par écrit des règles concernant le recours au processus [y compris des règles sur la divulgation complète et franche de tous les faits et sur la compréhension par le plaignant et le membre du langage utilisé];

   (c) les règles stipulent qu'une personne nommée pour aider à régler une question au moyen de ce processus peut être un membre du comité des enquêtes, des plaintes et des rapports ou une personne indépendante du comité. Cependant, le membre du comité qui est nommé ne pourra ultérieurement entendre l'affaire si elle est présentée au comité des enquêtes, des plaintes et des rapports, à moins que les parties ne donnent leur consentement.

6. Aucune personne nommée pour aider à résoudre une question au moyen d'un processus de règlement à l'amiable ne peut être obligée de témoigner ou de produire des documents dans une affaire relative aux faits qui sont portés à son attention au cours de son mandat d'assistance, à l'exception d'une instance introduite en vertu de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, d'une loi sur une profession de la santé ou

de la *Loi sur la réglementation des médicaments et des pharmacies* ou d'une instance concernant une ordonnance ren due en vertu des articles 11.1 ou 11.2 de la *Loi sur le régime de médicaments de l'Ontario.*

7. Aucun registre, document ou autre élément préparé en vue d'un processus de résolution à l'amiable, ni aucune déclaration faite à cet égard, n'est admissible à une instance, autre qu'une instance introduite en vertu de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, d'une loi sur une profession de la santé ou de la *Loi sur la réglementation des médicaments et des pharmacies* ou d'une instance concernant une ordonnance rendue en vertu des articles 11.1 ou 11.2 de la *Loi sur le régime de médicaments* de l'Ontario.

5.5 Rapports obligatoires

La LPSR exige actuellement que les membres d'une profession et les établissements où ils l'exercent fassent rapport à un ordre lorsqu'ils ont des motifs raisonnables de croire qu'un membre a infligé des mauvais traitements d'ordre sexuel à un patient.[27] Elle exige également qu'un employeur, qui peut être un hôpital, un foyer de soins de longue durée ou un laboratoire, fasse rapport à un ordre comme suit :

85.5 (1) Quiconque met fin à l'emploi d'un membre, lui retire ses privilèges, les suspend ou les assortit de restrictions, ou dissout la société en nom collectif, la société professionnelle de la santé ou l'association qu'il forme avec le membre, pour des motifs de faute professionnelle, d'incompétence ou d'incapacité, dépose auprès du registrateur, dans les trente jours suivant l'accomplissement d'un de ces actes, un rapport écrit énonçant les motifs de sa décision.

Idem

(2) Quiconque avait l'intention de mettre fin à l'emploi d'un membre ou de lui retirer ses privilèges pour des motifs de faute professionnelle, d'incompétence ou d'incapacité, mais ne l'a pas fait parce que le membre a démissionné ou a renoncé volontairement à ses privilèges, dépose auprès du registrateur, dans les trente jours suivant la démission ou la renonciation, un rapport écrit énonçant les motifs justifiant son intention d'agir.

Application

(3) Le présent article s'applique à toute personne, à l'exception d'un patient, qui emploie un membre ou qui s'associe à un membre dans une société en nom collectif ou autrement, ou qui lui offre des privilèges aux fins de la prestation de services de santé.

---

[27] Article 85.1, Code des professions de la santé.

Bon nombre des personnes consultées par le CCRPS considéraient sans hésiter que l'obligation de faire rapport devrait être élargie pour inclure les mauvais traitements d'ordre physique, les toxicomanies ou les états de santé qui nuisent au travail d'une praticienne ou d'un praticien, lui font commettre des erreurs systématiques dans l'exercice de sa profession ou le portent à poser des jugements cliniques erronés. Chacun de ces problèmes était cité en raison des conséquences graves qu'il peut avoir sur la sécurité ou la qualité de vie d'un patient. Les proposants appuyaient l'idée que l'on élargisse l'obligation de faire rapport imposée aux membres et aux établissements pour inclure les situations où il existe des motifs raisonnables de croire que la conduite d'un membre expose ou exposera vraisemblablement ses patients à un préjudice ou à des blessures, ou encore les situations où un patient se trouve, dans l'immédiat, en situation de risque. Un rapport déposé en vertu de ces motifs a pour intention de mettre fin au préjudice ou de prévenir un préjudice plus grave avant qu'il ne se produise. Le Conseil consultatif a été impressionné par les motifs et par l'intensité des arguments des proposants.

Le CCRPS souligne que le signalement d'inconduite, d'incompétence ou d'incapacité est fondamentalement différent d'un signalement d'événements indésirables donné dans le but de susciter une modification systémique. La proximité des relations de travail peut fournir une connaissance accrue nécessaire dans les situations qui peuvent porter préjudice à un patient. Par conséquent, il importe que ces rapports soient faits par écrit et qu'ils décrivent en détail les motifs à l'origine des préoccupations de la personne qui les dépose. Le CCRPS désire également s'assurer qu'une personne qui dépose un rapport de bonne foi est protégée des représailles par des dispositions de la Loi. Les mesures législatives ont été examinées avec soin à cet égard.

Le CCRPS considère les agressions sexuelles comme une question très grave que l'on ne devrait tolérer en aucun cas. Cependant, le Conseil consultatif a conclu que l'obligation de faire rapport à un ordre devrait être élargie pour inclure les questions de faute professionnelle, d'incompétence et d'incapacité. Les mesures de protection contre les actions ou les poursuites pouvant être intentées contre une personne qui fournit des renseignements de bonne foi à un ordre au sujet de l'un de ses membres devraient s'appliquer dans ces cas. Le CCRPS a déterminé que la Loi comporte des dispositions suffisantes pour assurer l'immunité aux personnes qui déposent de tels rapports.

5.6 En ce qui concerne les rapports obligatoires, le CCRPS recommande ce qui suit :

42. Que l'article 85.1 de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

> Le membre dépose un rapport conformément à l'article 85.3 si, dans l'exercice de sa profession, il lui est donné des motifs raisonnables de croire qu'un autre membre de son ordre ou d'un autre ordre a infligé des mauvais traitements d'ordre sexuel à un patient ou qu'il a commis une faute professionnelle ou pourrait être incompétent ou inapte.

43. Que l'article 85.2 de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

La personne qui exploite ou fait fonctionner un établissement dans lequel exercent un ou plusieurs membres dépose un rapport conformément à l'article 85.3 si, dans l'exercice de sa profession, le membre a des motifs raisonnables de croire qu'un membre qui exerce dans l'établissement a infligé des mauvais traitements d'ordre sexuel à un patient ou qu'il a commis une faute professionnelle ou pourrait être incompétent ou inapte.

44. Que le paragraphe 85.3 (1) de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

Le rapport exigé aux termes des articles 85.1, 85.2 ou 85.5 doit être déposé par écrit auprès du comité des enquêtes, des plaintes et des rapports de l'ordre du membre qui fait l'objet du rapport.

45. Que le paragraphe 85.3 (2) de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

Délai de dépôt

(1) Le rapport exigé aux termes des articles 85.1, 85.2 ou 85.5 doit être déposé dans les trente jours qui suivent le jour où naît l'obligation de déposer un rapport, à moins que, dans le cas d'un signalement de mauvais traitements d'ordre sexuel, la person ne qui est tenue de déposer le rapport n'ait des motifs raisonnables de croire que le membre continuera d'infliger des mauvais traitements d'ordre sexuel au patient ou en infligera à d'autres patients ou, dans d'autres cas, la personne qui doit déposer le rapport a des motifs raisonnables de croire que le membre place, dans l'immédiat, ses patients en situation de risque de préjudice, auquel cas le rapport doit être déposé sans tarder.

46. Que le paragraphe 85.3 (3) de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

Contenu du rapport

(3) Le rapport doit contenir :

(a) le nom de la personne qui dépose le rapport;

(b) le nom du membre qui fait l'objet du rapport;

(c) une explication des présumés mauvais traitements d'ordre sexuel, faute professionnelle, incompétence, incapacité ou révocation, suspension ou restriction des privilèges ou de l'emploi.

(d) sous réserve du paragraphe (4), le nom du patient du

membre qui fait l'objet du rapport si les motifs de la personne qui dépose le rapport sont liés à ce patient.

47. Que le paragraphe 85.5 de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

Dépôt de rapports par les employeurs, etc.

85.5 (1) Quiconque met fin à l'emploi d'un membre, lui retire ses privilèges ou son emploi, les suspend ou les assortit de restrictions, ou dissout la société en nom collectif, la société professionnelle de la santé ou l'association qu'il forme avec le membre, pour des motifs de faute professionnelle, d'incompétence ou d'incapacité, dépose auprès du comité des enquêtes, des plaintes et des rapports, dans les trente jours suivant l'accomplissement d'un de ces actes, un rapport écrit énonçant les motifs de sa décision.

Idem

(2) Quiconque avait l'intention de mettre fin à l'emploi d'un membre ou de lui retirer ses privilèges pour des motifs de faute professionnelle, d'incompétence ou d'incapacité, mais ne l'a pas fait parce que le membre a démissionné ou a renoncé volontairement à ses privilèges, dépose auprès du comité des enquêtes, des plaintes et des rapports, dans les trente jours suivant la démission ou la renonciation, un rapport écrit énonçant les motifs justifiant son intention d'agir.

Application

(3) Le présent article s'applique à toute personne, à l'exception d'un patient, qui emploie un membre ou qui s'associe à un membre dans une société en nom collectif ou autrement, ou qui lui offre des privilèges aux fins de la prestation de services de santé.

48. Que l'article 85.6 de l'annexe 2, Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par le paragraphe suivant :

Collaboration avec le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports

85.6 (b) Toute personne qui dépose un rapport en vertu des articles 85.1, 85.2, 85.4 ou 85.5, et toute personne qui détient des renseignements pertinents concernant le membre qui fait l'objet du rapport, doit collaborer avec le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports et avec tout enquêteur nommé par ce dernier, et doit tout particulièrement,

(a) permettre à l'enquêteur de pénétrer dans le lieu d'exercice du membre et de l'inspecter;

(b) permettre à l'enquêteur d'inspecter les registres des soins prodigués aux patients du membre;

(c) remettre au comité ou à l'enquêteur les renseignements relatifs aux soins prodigués aux patients ou aux registres des soins prodigués aux patients du membre qu'exige le comité ou l'enquêteur, dans la forme précisée par le comité ou par l'enquêteur;

(d) s'entretenir avec le comité ou avec l'enquêteur à la demande du comité.

6.0 Disposition relative au risque de lésion

La disposition de la *LPSR* relative au risque de lésion (article 30) interdit à toute personne, autre qu'un membre d'une profession de la santé réglementée travaillant dans son champ d'exercice, de donner des traitements ou des conseils à une personne en ce qui concerne sa santé dans des circonstances où il est raisonnable de prévoir que des lésions corporelles graves puissent en découler. Elle a pour effet d'interdire aux non initiés ou aux professionnels qui travaillent hors de leur champ d'exercice d'exécuter des activités qui pourraient causer des lésions à la santé physique d'une personne.

L'inclusion de cette disposition dans la Loi a suscité une controverse musclée.

L'étude des lois régissant les professions de la santé ayant permis de conclure qu'elle était nécessaire, la disposition relative au risque de lésion a été incluse dans la première version de la loi proposée en 1990. Cette loi est toutefois restée lettre morte.

> Dans leurs commentaires concernant le modèle des actes autorisés mis en évidence par l'étude, un certain nombre de participants se sont dits sceptiques à l'idée que l'obligation d'obtenir une autorisation pour poser un ensemble d'actes potentiellement dangereux puisse suffire à protéger le public contre des risques de lésion. Leur opinion se fonde sur plusieurs raisons. D'abord, même si elle était rédigée avec soin, la liste des actes autorisés pourrait omettre par inadvertance certaines activités dangereuses. Ensuite, la Loi pourrait avoir peine à suivre le rythme de l'évolution des nouvelles technologies dangereuses qui n'appartiennent à aucune des catégories existantes. Enfin, des praticiens non réglementés et sans scrupule pourraient causer des lésions en prodiguant des soins sans toutefois transgresser l'autorisation d'un acte en particulier. Cet article vise à éviter les lésions découlant de traitements ou de conseils donnés par des personnes qui ne sont pas membres d'une profession de la santé réglementée ou, s'ils le sont, qui dépassent leur champ d'exercice ou les actes qu'ils sont autorisés à poser. [*Traduction*][23]

[23] Schwartz, Alan M., coordonnateur, Comité de révision des lois régissant les professions de la santé, *Striking a New Balance: a blueprint for the regulation of Ontario's Health professions*, 1986.

Lorsque la version actuelle de la *LPSR* a été présentée à l'Assemblée législative en avril 1991, aucune disposition relative au risque de lésion ne faisait partie du projet de loi. Pendant les délibérations et l'examen du comité, de nombreuses personnes ont soutenu que la disposition relative au risque de lésion était nécessaire dans l'éventualité où une nouvelle liste d'actes autorisés ne recenserait pas toutes les activités dangereuses auxquelles pourraient s'adonner des praticiens non réglementés, ou des praticiens réglementés dépassant leur champ d'exercice.

Pour ces raisons, le gouvernement a accepté de modifier le projet de loi en y rajoutant la disposition relative au risque de lésion. Néanmoins, la disposition traite uniquement des lésions physiques et ne reconnaît pas les lésions psychologiques ou émotionnelles. En outre, aucun acte autorisé ne concerne directement les soins psychologiques. Cette omission a été soulignée à de nombreuses reprises depuis 1991, car il semblait que seule la santé physique était protégée par cette clause omnibus et que la santé mentale en était exclue. La présente démarche a été lancée par égard pour des préoccupations exprimées lors de discussions selon lesquelles les tribunaux auraient de la difficulté à interpréter les lésions psychologiques ou émotionnelles, ce qui rendrait ainsi la disposition non exécutoire.

En 2001, le CCRPS a recommandé que la disposition relative au risque de lésion soit modifiée afin que l'on puisse y inclure l'élément de lésion psychologique, et soutenu que le « counselling sur les questions d'ordre émotionnel pouvait causer de très grandes lésions ».

Dans le cadre de l'étude des questions du ministre à l'égard de la réglementation de la psychothérapie en 2005, le CCRPS s'est interrogé à savoir si le fait de modifier la disposition relative au risque de lésion protégerait davantage le public. Il a conclu que la santé mentale d'une personne devrait être prise en considération au même titre que sa santé physique. Étant donné que la question devait être étudiée en regard de la *LPSR*, le CCRPS a cherché à trouver une expression plus appropriée pour tenir compte du risque de lésion de la santé mentale comme de la santé physique, qui pourrait être confirmée par les tribunaux.

Un examen des lois ontariennes actuellement en vigueur a permis de constater que l'expression « lésions corporelles graves » était utilisée dans de nombreuses lois provinciales, notamment celles-ci :

- *Loi sur les services à l'enfance et à la famille*
- *Loi sur l'éducation*
- *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé*
- *Loi sur l'assurance-santé*
- *Loi sur la santé mentale*
- *Loi sur le ministère des services correctionnels*
- *Loi de 2001 sur la réduction au minimum de l'utilisation de la contention sur les malades*
- *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*
- *Loi de 2004 sur la protection des renseignements sur la qualité des soins*
- *Loi de 1992 sur la prise de décisions au nom d'autrui*

Dans son arrêt de principe concernant l'interprétation de l'expression « lésions corporelles graves », la Cour suprême du Canada a statué qu'elle signifiait :

> toute blessure ou lésion, physique ou psychologique, qui nuit d'une manière importante à l'intégrité, à la santé ou au bien-être d'une victime.[21]

L'arrêt s'applique à d'autres lois utilisant la même expression et a servi de jurisprudence dans de nombreuses affaires. Le CCRPS croit que les principes exprimés par la décision de la Cour sont pertinents pour la *LPSR*, et qu'ils peuvent aider à formuler une description plus étoffée des lésions que peut causer un praticien non réglementé ou un professionnel qui dépasse son champ d'exercice.

6.1 Concernant la disposition relative au risque de lésion, le CCRPS recommande :

49. Que l'article 1 de la *LPSR* soit modifié par l'ajout de la définition suivante :

> « lésions corporelles » signifie toute souffrance, lésion, ou blessure physique, psychologique ou émotionnelle causant des préjudices importants à l'intégrité, à la santé ou au bien-être d'une personne [*Traduction*];

50. Que le paragraphe 30 (1) de la *LPSR* soit abrogé et remplacé par le paragraphe suivant :

> Aucune personne, autre qu'un membre qui donne un traitement ou des conseils entrant dans l'exercice de sa profession de la santé, ne doit donner de traitement ou de conseils à une personne en ce qui concerne sa santé dans des circonstances où il est raisonnable de prévoir que des lésions corporelles graves puissent découler du traitement ou des conseils ou d'une omission dans le traitement ou les conseils.

7.0 Titres professionnels

7.1 Titre de docteur

L'article 33 de la *LPSR* prévoit des restrictions pour l'utilisation du titre de « docteur » par les professionnels de la santé en Ontario.

> 33. (1) Sauf dans la mesure permise par les règlements pris en application de la présente loi, nul ne doit employer le titre de « docteur », une variante ou une abréviation, ou un équivalent dans une autre langue,

[21] R. C. McCraw [1991] 3 S.C.R. 72 72

lorsqu'il donne ou propose de donner, en Ontario, des soins médicaux à des particuliers.

Idem

(2) Le paragraphe (1) ne s'applique pas à une personne qui est membre d'un des ordres suivants :

(a) l'Ordre des chiropraticiens de l'Ontario;

(b) l'Ordre des optométristes de l'Ontario;

(c) l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario;

(d) l'Ordre des psychologues de l'Ontario;

(e) l'Ordre royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario;

Définition

(3) La définition qui suit s'applique au présent article.

« abréviation » s'entend en outre de l'abréviation d'une variante.

Cette restriction est quelque peu atténuée par les dispositions de l'alinéa 43 (1) d) de la Loi, qui permet au ministre, sous réserve de l'approbation du lieutenant-gouverneur en conseil, et par règlement, d'« autoriser l'emploi du titre de "docteur", une variante ou une abréviation, ou un équivalent dans une autre langue ». Cet alinéa n'a pas été utilisé depuis la promulgation de la *LPSR*.

> Malgré cela, de nombreuses professions utilisent le titre de « docteur » parce que c'est l'usage ou parce qu'il est couramment et (ou) légalement utilisé dans d'autres territoires de compétence. [Traduction][25]

Outre l'usage, aucun principe sous-jacent ne semble avoir existé dans les lois pour restreindre l'utilisation du titre de docteur. De temps à autre, certaines personnes arguent que le fait de permettre à des membres d'autres professions de la santé réglementées d'utiliser le titre de docteur pourrait semer la confusion auprès du public. D'autres se disent préoccupées par le fait qu'une personne titulaire d'un doctorat acquis dans un domaine non connexe (comme un doctorat en génie ou un doctorat en musique) puisse utiliser le titre de docteur pour fournir des soins de santé.

Les dispositions de la *LPSR* perpétuent la tradition de la *Loi sur les sciences de la santé* qui interdisait à toute personne autre qu'un dentiste, un médecin ou un optométriste d'utiliser le titre de docteur et qui a fini par autoriser deux autres professions (psychologue et chiropraticien) à

[25] Henderson, Paul « Demystifying the Doctors », *Vitality Magazine*, juillet 2005.

utiliser cette désignation, en se fondant sur ce qui était passé dans l'usage dans la société.

Il existe une certaine cohérence dans le choix de ces professions; leurs membres doivent détenir un diplôme de premier cycle, suivi d'un minimum de quatre années d'études dans une école professionnelle ou un programme universitaire, et de la réussite des examens d'agrément. Ces cinq professions sont également habilitées à exécuter des actes autorisés, tout particulièrement, celui de « communiquer les diagnostics ».

Cependant, dans l'ensemble, les restrictions relatives à l'utilisation du titre de docteur en Ontario sont incohérentes. En effet, elles permettent à un groupe de professionnels titulaires de distinctions universitaires de troisième cycle d'utiliser le titre de docteur, mais refusent ce privilège à d'autres professionnels dont les réalisations au même niveau d'études sont comparables. Par exemple, les audiologistes, les orthophonistes, les infirmières et infirmiers et les pharmaciennes et pharmaciens titulaires d'un doctorat dans leur profession ne peuvent utiliser le titre de docteur pour fournir leurs services de santé.

En effet, la restriction relative à l'utilisation du titre de « docteur » s'applique uniquement lorsqu'un professionnel offre ou prodigue des soins de santé à des particuliers. Elle n'empêche pas une personne qui participe à une recherche universitaire ou à des travaux administratifs de le faire. Ainsi, un audiologiste ayant reçu une formation de troisième cycle peut s'appeler « docteur » pendant qu'il enseigne des programmes d'audiométrie avancée ou qu'il effectue des recherches en la matière, mais il ne peut utiliser ce titre lorsqu'il traite ou qu'il conseille un patient quinze minutes plus tard.

De nombreux particuliers et organismes ont pressé le CCRPS d'étudier la question des titres réservés dans la *LPSR*, dans un souci d'uniformisation et d'équité. L'Ordre des pharmaciens de l'Ontario a fait valoir que ses pharmaciennes et pharmaciens inscrits qui ont obtenu leur doctorat en sciences pharmaceutiques (Ph.D.) ou en pharmacie clinique (Pharm.D.) devraient être autorisés à utiliser les titres de « docteur en pharmacie » ou de « docteur en pharmacie clinique », respectivement, pendant qu'ils prodiguent des soins de santé. Les titulaires de ces diplômes occupent la plupart du temps des postes supérieurs en milieu clinique dans les hôpitaux de l'Ontario, et ils assurent un leadership dans la profession à titre d'enseignants, de chercheurs et de praticiens dans le domaine de services de consultation sur les drogues. De nombreux audiologistes et orthophonistes ont souligné l'iniquité qui règne actuellement au sujet de la restriction de l'utilisation du titre de docteur. Certains intervenants ont observé que la loi actuelle ne tenait pas compte des mesures d'élimination du sexisme, en ce sens que les personnes titulaires de diplômes avancés dans de nombreuses professions dominées par les femmes ne jouissaient pas des droits égaux d'en utiliser les titres. L'Ontario Physiotherapy Association a déclaré :

> Nous croyons qu'il est grand temps que le CCRPS ou le gouvernement définisse une justification raisonnable pour autoriser les professionnels à utiliser le titre de docteur, et qu'il élabore un cadre de travail exécutoire qui soit uniforme pour toutes les professions. Cela est particulièrement

important alors que le CCRPS et le gouvernement envisagent de réglementer de nouvelles professions, dont certaines pourraient revendiquer le titre de docteur.

Plusieurs tendances pertinentes doivent entrer en ligne de compte dans l'étude de cette question. Premièrement, de nombreux professionnels combinent la pratique clinique avec la recherche clinique; cette réalité est d'une importance capitale pour la transmission des connaissances du laboratoire de recherche aux soins cliniques. Une deuxième tendance est la pratique courante d'utiliser le titre de docteur au sens élargi pour de nombreuses professions dans d'autres provinces canadiennes, aux États-Unis, en Australie, au Royaume-Uni et partout ailleurs en Europe. Une troisième tendance est l'émergence de médecines complémentaires et parallèles, pour lesquelles le titre de docteur a traditionnellement été utilisé dans d'autres territoires de compétence.

En étudiant l'utilisation de la désignation de docteur dans d'autres territoires de compétence, le CCRPS a constaté des anomalies dans les restrictions imposées par le gouvernement de l'Ontario. La plus grande majorité des organismes de réglementation des professionnels de la santé anglophones permet l'utilisation du titre de docteur, souvent à la condition que le titre inclue la discipline dans laquelle le doctorat a été décerné. Certains territoires de compétence dictent la taille de la police à utiliser lorsque la discipline accompagne le titre de docteur, et considèrent comme une faute professionnelle l'omission du nom de la discipline. Au Canada, les naturopathes, les podiatres (en Alberta, en Colombie-Britannique et au Manitoba) et les docteurs en médecine traditionnelle chinoise (en Colombie-Britannique) comptent parmi les professionnels autorisés à utiliser le titre de docteur.

En Alberta, une personne qualifiée et agréée par un ordre professionnel et qui détient un doctorat acquis peut utiliser le titre de « Doctor » et les initiales « Dr. » pour fournir des services professionnels conformément à la réglementation. Les membres du College of Naturopathic Doctors of Alberta qui ont les qualifications adéquates conformément à la réglementation peuvent utiliser les titres de « naturopathic doctor » ou « doctor of naturopathic medicine », ou encore, les abréviations N.D. ou R.N.D. or R.N.D. Une infirmière titulaire d'un doctorat acquis et autorisée peut utiliser le titre de docteur et son abréviation lorsqu'elle prodigue des soins.

À l'instar de l'Alberta, la Colombie-Britannique autorise l'utilisation du titre de docteur pour diverses professions réglementées en vertu d'une loi ou d'un règlement qui est propre à chaque profession. Une personne inscrite en vertu du règlement des médecins en naturopathie peut utiliser le titre de « Doctor » ou son abréviation « Dr. », mais uniquement si elle y ajoute la précision : « Doctor of Naturopathic Medicine », « Dr. of Naturopathic Medicine », « Naturopathic Doctor » ou « Naturopathic Dr.. of Naturopathic Medicine", "Naturopathic Doctor" or "Naturopathic Dr.". Les praticiennes et praticiens en médecine traditionnelle chinoise qui ont terminé cinq années d'études dans cette discipline dans un établissement d'enseignement reconnu sont autorisés à utiliser le titre de « Doctor of Traditional Chinese Medicine ». Un podiatre autorisé, titulaire d'un doctorat en médecine

podiatrique décerné par un établissement d'enseignement accrédité ou un ordre de podiatres, peut afficher ou utiliser le titre de « doctor » ou son abréviation « Dr. », mais uniquement s'il y ajoute la précision : « Doctor of Podiatric Medicine », « Dr. of Podiatric Medicine », « Podiatric Doctor » ou « Podiatric Dr. ». of Podiatric Medicine", "Podiatric Doctor" or "Podiatric Dr.".

Comme la Colombie-Britannique et l'Alberta, le Manitoba autorise l'utilisation du titre de docteur pour diverses professions réglementées et exige que le titre désigne précisément la discipline pour laquelle le doctorat a été décerné.

Aux États-Unis, la réglementation en vigueur du Kentucky stipule qu'une personne qui pratique la médecine, la chirurgie, l'ostéopathie, l'optométrie, la dentisterie, la podiatrie, la pharmacie, la chiropractie, la psychologie ou la psychiatrie, les soins infirmiers, l'anesthésiologie, la physiothérapie ou toute autre profession ou activité ayant pour objet de diagnostiquer, de traiter, de corriger, ou de guérir tout malaise, ou toute affection, maladie, blessure ou infirmité chez l'être humain peut utiliser le titre de « Doctor » ou de « Dr. », si elle est titulaire d'un doctorat décerné par une école, un collège, une université ou un autre établissement autorisé par le corps dirigeant de ladite profession à conférer un tel titre. L'État du Kentucky exige en outre que les personnes utilisant le titre de « Doctor » ou de « Dr. », dans une lettre, sur un relevé, sur une carte, sur une ordonnance, sur une enseigne, dans un répertoire ou dans tout autre document écrit doivent y joindre des mots ou des lettres appropriées pour désigner la discipline précise pour laquelle elles ont obtenu un doctorat.

Dans l'État de New York, les personnes autorisées qui sont titulaires d'un doctorat acquis peuvent utiliser le titre de « Doctor », pour autant qu'ils précisent le domaine dans lequel ils l'ont obtenu. Un doctorat acquis est un doctorat conféré par une université ou un ordre reconnu et habilité à conférer des diplômes dans l'État (ou, dans le cas des écoles étrangères, dans le pays) où il se situe. Les personnes inscrites exerçant des professions de la santé ne peuvent utiliser le titre de « Doctor » lorsqu'ils offrent leurs services professionnels sans indiquer la profession pour laquelle les prépare leur doctorat. Par exemple, pour qu'une personne titulaire d'un doctorat en musique et d'un permis d'exercice en orthophonie puisse utiliser le titre de « Doctor », elle doit préciser que son doctorat a été acquis en musique.

Le Texas exige que, pour utiliser le titre « Doctor » en tant qu'atout occupationnel ou professionnel ou de toute autre façon pour s'identifier sur le plan professionnel, y compris sur une enseigne, dans un dépliant, sur des articles de papeterie, sur du papier à en-tête ou dans sa signature, une personne indique en vertu de quelle autorité son titre est utilisé ou encore, l'ordre ou le doctorat honoris causa qui lui confère l'utilisation du titre.

Bien qu'elle autorise l'utilisation du titre « Doctor » ou de son abréviation « Dr. » au sens élargi, la Virginie occidentale exige qu'un praticien ou une praticienne, exerçant par exemple l'acupuncture, soit titulaire d'un doctorat acquis auprès d'un établissement d'enseignement accrédité, approuvé ou autorisé et qu'il explique clairement à ses patients, par écrit et verbalement, qu'il n'est pas un médecin autorisé à pratiquer la médecine ou la chirurgie.

La Californie permet qu'une personne inscrite utilise un titre, des initiales ou un autre préfixe ou suffixe indiquant qu'elle est titulaire d'un diplôme universitaire précis acquis auprès d'un établissement approuvé ou accrédité, pour autant que, conjointement avec leur utilisation, elle précise clairement le titre et la nature de ce diplôme.

Le CCRPS a conclu qu'il s'agit d'une question d'ordre social et qu'elle n'est pas liée à la santé à proprement parler. Les méthodes d'exercice internationales, les professions en émergence et les pratiques combinant les activités cliniques et universitaires avec la recherche rendent impraticable l'utilisation rigoureuse du titre au sens de la *LPSR*. Les dispositions actuelles apparaissent comme un moyen de maintenir le statut plutôt que de protéger le public.

Par conséquent, le Conseil consultatif recommande de permettre aux professionnels autorisés titulaires d'un doctorat universitaire acquis d'utiliser le titre de « docteur » pendant qu'ils prodiguent des soins de santé, pour autant que :

- la distinction universitaire a été décernée par un établissement d'enseignement accrédité ou approuvé par un organisme d'accréditation, lui-même autorisé par l'ordre;
- le titre de « docteur » soit lié au domaine dans lequel la personne est inscrite;
- le titre et la nature du diplôme, ainsi que la discipline dans laquelle le doctorat est décerné sont clairement indiqués.

7.2 En ce qui concerne l'utilisation du titre de docteur, le CCRPS recommande ce qui suit :

51. Que l'article 33 et l'alinéa 43 (1) d) de la *LPSR* soient abrogés et remplacés par ce qui suit :

> 33. (1) Nul ne doit employer le titre de « docteur », une variante ou une abréviation, ou un équivalent dans une autre langue, lorsqu'il donne ou propose de donner, en Ontario, des soins médicaux à des particuliers.
>
> (2) Le paragraphe (1) ne s'applique pas à une personne qui
>
> (a) est membre d'un ordre;
>
> (b) est titulaire d'un doctorat acquis dans la discipline pour laquelle elle est inscrite auprès de l'ordre.
>
> (3) La définition qui suit s'applique au présent article.
>
> « abréviation » s'entend en outre de l'abréviation d'une variante;

« doctorat acquis » s'entend d'un doctorat conféré par un établissement d'enseignement accrédité ou approuvé par un organisme d'accréditation, lui-même approuvé par l'ordre.

(4) Nul ne doit employer, à l'oral ou à l'écrit, le titre de « docteur », une variante ou une abréviation, ou un équivalent dans une autre langue, en vertu du paragraphe (2), sans indiquer pour quelle discipline le doctorat a été décerné.

7.3 Infirmières praticiennes et infirmiers praticiens

L'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario a demandé que le titre d'« infirmière praticienne » ou d'« infirmier praticien » soit un titre réservé au sens de la *Loi de 1991 sur les infirmières et infirmiers*, et qu'il devienne la désignation reconnue pour une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé titulaire d'un certificat d'inscription à la catégorie spécialisée et habilité(e) à exécuter d'autres actes autorisés.

L'appellation « infirmière praticienne » ou « infirmier praticien » est largement répandue dans d'autres territoires de compétence, et son sens est bien compris en Ontario. Par ailleurs, la majorité des gens sont perplexes plutôt qu'éclairés devant l'expression « personnel infirmier de catégorie spécialisée », qui est maintenant l'appellation.

7.4 En ce qui concerne le personnel infirmier praticien, le CCRPS recommande ce qui suit :

52. Que le paragraphe 11 (1) de *la Loi de 1991 sur les infirmières et infirmiers* soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

Nul autre qu'un membre ne doit employer le titre d'« infirmière » ou d'« infirmier », d'« infirmière autorisée » ou d'« infirmier autorisé », d'« infirmière praticienne » ou d'« infirmier praticien », d'« infirmière auxiliaire autorisée » ou d'« infirmier auxiliaire autorisé », une variante ou une abréviation, ou un équivalent dans une autre langue.

53. Que le paragraphe 11 (5) de la *Loi de 1991 sur les infirmières et infirmiers* soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

Nul autre qu'un membre ne doit se présenter comme une personne qui a qualité pour exercer, en Ontario, la profession d'infirmière ou d'infirmier, d'infirmière autorisée ou d'infirmier autorisé, d'infirmière praticienne ou d'infirmer praticien, d'infirmière auxiliaire ou d'infirmier auxiliaire, ou une spécialité des soins infirmiers.

7.4 Associés en psychologie

Selon l'Association des associés(es) en Psychologie de l'Ontario (OAPA), le Bureau des examinateurs en psychologie de l'Ontario, l'Association des consultants et conseillers en santé mentale, psychométriciens et psychothérapeutes de l'Ontario et l'Ontario Psychological Association ont conclu un protocole d'entente en 1991, avant l'adoption de la *LPSR*.

Ce protocole habilitait les fournisseurs de services psychologiques titulaires d'une maîtrise à s'inscrire à l'Ordre des psychologues de l'Ontario et à utiliser le titre d'« associée en psychologie » ou d'« associé en psychologie ». Apparemment, il prévoyait en outre étudier ultérieurement l'utilisation du titre « psychologue » par les titulaires d'une maîtrise.

Dans ses observations de 2005, l'OAPA a déclaré que les psychologues et les associés et associées en psychologie avaient tous le même champ d'exercice, normes professionnelles, niveau d'autonomie et domaines d'exercice. À l'heure actuelle, quelque 500 membres (soit environ 20 %) de l'Ordre sont désignés comme étant des « associées en psychologie » ou « associés en psychologie ».

Les observations des membres de l'Ordre titulaires d'une maîtrise portaient sur les problèmes que crée cette désignation. Par exemple, les assureurs ou les programmes de soutien aux personnes handicapées peuvent refuser de couvrir les coûts des soins prodigués par une associée ou un associé en psychologie s'il est précisé dans le contrat ou le programme que les services doivent être prodigués par un psychologue. Les conseils scolaires et les collèges communautaires affirment que les services psychologiques offerts aux étudiants sont prodigués par des « psychologues », alors qu'ils sont pour la plupart assurés par des « associées ou associés en psychologie », a appris le CCRPS.

La résolution de cette situation n'est pas aussi simple qu'on pourrait le croire. D'une part, il est peu probable que le fait de conférer le titre de psychologue aux associées et associés en psychologie ait des retombées néfastes pour le public. Les psychologues titulaires d'un doctorat sont autorisés en vertu de la *LPSR* à utiliser le titre de « docteur » pour prodiguer leurs soins de santé. Cette distinction et sa relation avec les diplômes universitaires est claire. D'autre part, le CCRPS remarque que la situation actuelle est attribuable à une décision que l'Ordre a prise à la suite d'un débat au sein de la profession. Par ailleurs, il y a lieu de tenir compte des dispositions relatives à l'entente de reconnaissance mutuelle fédérale-provinciale concernant la mobilité de la main-d'œuvre et l'exercice dans d'autres territoires de compétence pour formuler toute recommandation.

Dans les délais accordés pour la production du présent rapport, le CCRPS n'a pas été en mesure de procéder à un examen complet, qui devait notamment comprendre des études juridiques et des consultations sur cette question particulière.

54. Le CCRPS a l'intention de mener une étude et des consultations plus poussées concernant l'utilisation des titres pour les professions du domaine de la psychologie, et prévoit soumettre ses recommandations à cet effet au ministre d'ici le mois d'octobre 2006.

8. Approbations de règlement

Lorsqu'il a examiné la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* (*LPSR*) et préparé son rapport intitulé Rectifier l'équilibre, qui portait sur l'examen quinquennal de la *LPSR*, le Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé a continué de s'informer sur les questions

sérieuses liées à l'examen et à l'approbation par le gouvernement des règlements pris en application de lois régissant des professions particulières.

8.1 Examen par le CCRPS du processus d'approbation des règlements

Dans la lettre qu'il a adressée au CCRPS en février 2005, le ministre de la Santé et des Soins de longue durée lui a demandé de revoir ses recommandations de l'examen quinquennal, de cerner les nouveaux enjeux et de donner des conseils à cet égard. L'examen de 2001 a signalé des problèmes liés à l'approbation des règlements en temps opportun sans pour autant formuler de recommandations.

D'après les premiers commentaires qu'a reçus le CCRPS de la part d'ordres de professions de la santé réglementées, d'associations et du grand public qui sur l'examen quinquennal, la question de l'approbation des règlements est toujours perçue comme un problème grave. Lorsque le CCRPS a décidé d'examiner la question de façon plus approfondie, il a demandé aux ordres de résumer leur expérience, notamment de fournir une description des projets de règlements et de politiques sur lesquels chacun devrait se pencher, des répercussions desdits règlements sur l'exercice professionnel et l'intérêt du public, et de tout autre mécanisme de rechange qui aurait le même effet que les règlements et l'état des règlements dans le processus. Le Conseil consultatif a également posé au ministère des questions bien précises sur sa démarche à l'égard de l'approbation des règlements, ainsi que sur les processus et les lignes directrices auxquels il a recours.

8.2 Règlements touchant les professions de la santé autoréglementées en Ontario

L'autoréglementation des professions de la santé en Ontario est un partenariat dans le cadre duquel le gouvernement confère certains droits et responsabilités à une profession qui a démontré qu'elle était en mesure de les administrer. Le principe sous-jacent est que l'autoréglementation protège l'intérêt du public de différentes façons : elle assure le concours des praticiens aux fins de l'établissement de normes exécutoires pour les professions, elle repose sur leur savoir-faire pour l'élaboration de mesures visant à protéger le public à la veille de changements technologiques ou d'autres innovations touchant la profession, elle délègue aux corps dirigeants la tâche de régler les plaintes et elle traite d'autres questions liées aux capacités ou à la conduite d'un membre.

De son côté, le gouvernement conserve le pouvoir de décision sur les professions en édictant, en modifiant ou en abrogeant les lois, et en examinant, en approuvant, en modifiant ou en abrogeant les règlements pris en application des lois qui régissent les professions.

La *LPSR* et les autres lois portant sur des professions particulières précisent le cadre de la réglementation des professions de la santé et délèguent des pouvoirs aux ordres professionnels afin qu'ils puissent élaborer des règlements administratifs et autres pour chaque profession. Il incombe au ministre en vertu de la Loi « de garantir la réglementation et la coordination des professions de la santé dans l'intérêt public, l'établissement et le

respect de normes d'exercice appropriées ainsi que la possibilité pour les particuliers d'avoir accès aux services des professions de la santé de leur choix et d'être traités avec sensibilité et respect dans leurs rapports avec les professionnels de la santé, les ordres et la Commission »[26].

En outre, le ministre peut et doit examiner les règlements élaborés par les conseils des ordres et les soumettre à l'approbation du lieutenant-gouverneur en conseil. Les questions qui font l'objet d'un examen du ministre sont au cœur de l'obligation de reddition de comptes qu'ont les professionnels de la santé et leurs corps dirigeants envers le public. Le conseil peut notamment[27] :

(a) prescrire les catégories de certificats d'inscription et fixer les conditions et les restrictions dont doivent être assortis les certificats d'inscription d'une catégorie donnée;

(b) traiter des demandes de certificats d'inscription ou de catégories de ceux-ci et de la délivrance, de la suspension, de la révocation et de l'expiration des certificats ou catégories de ceux-ci;

(c) prescrire les normes et les conditions de délivrance des certificats d'inscription;

(d) prescrire, pour l'application des paragraphes 18 (3) et 22 (8), certaines exigences d'inscription auxquelles il est impossible de se soustraire;

(e) définir les spécialités de la profession, prévoir les certificats relatifs à ces spécialités et les qualités nécessaires à leur obtention, prévoir la suspension et la révocation de ces certificats, et régir l'emploi par les membres des termes, titres ou désignations prescrits qui indiquent une spécialisation dans la profession;

(f) exiger, aux fins liées à l'inscription des membres, la réussite aux examens qu'établit, de temps à autre, l'ordre ou d'autres personnes ou associations de personnes et prévoir l'appel des résultats obtenus à ces examens;

(g) régir ou interdire la délégation, par des membres ou à des membres, de l'exécution des actes autorisés visés au paragraphe 27 (2) de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*;

(h) exiger et prévoir l'inspection des locaux servant à l'exercice de la profession et l'examen de l'équipement et des livres, comptes, rapports et dossiers des membres relatifs à l'exercice de leur profession;

---

[26] *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, article 3.
[27] *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, annexe 2, Code des professions de la santé, paragraphe 95 (1).

(i) prescrire ce qui constitue un conflit d'intérêts dans l'exercice de la profession et réglementer ou interdire l'exercice de la profession en cas de conflit d'intérêts;

(j) définir l'expression « faute professionnelle »;

(k) désigner les fautes professionnelles devant faire l'objet d'un rapport;

(l) traiter de la promotion de l'exercice de la profession, ou de la publicité à cet égard;

(m) traiter de la façon de rendre compte des décisions des sous-comités et de leur publication;

(n) prescrire les normes d'exercice de la profession et interdire aux membres d'outrepasser, dans l'exercice de leur profession, les limites du champ d'application de celle-ci;

(o) exiger des membres qu'ils tiennent les dossiers prescrits relativement à l'exercice de leur profession;

(p) réglementer ou interdire l'emploi par les membres de certains termes, titres et désignations relativement à l'exercice de leur profession;

(q) prescrire les autres exigences d'admissibilité à des fonds qui peuvent être alloués à des fins de thérapie ou de counselling aux patients ayant subi des mauvais traitements d'ordre sexuel infligés par un membre de la profession;

(r) prescrire un programme d'assurance de la qualité; préciser les renseignements à recueillir aux fins de la conformité à un programme d'assurance de la qualité;

(s) traiter de la communication des avis de réunions et d'audiences publiques;

(t) prévoir l'exemption de tout membre de l'application des règlements pris par le conseil;

(u) prescrire tout ce qui est indiqué comme étant prescrit dans la loi sur une profession de la santé ou le présent code.

La *LPSR* autorise également le ministre à exiger d'un conseil « qu'il prenne, modifie ou abroge un règlement pris en application d'une loi sur une profession de la santé ou de la *Loi sur la réglementation des médicaments et des pharmacies* »[28] et, si le conseil n'obtempère pas dans les soixante jours, le lieutenant-gouverneur en conseil peut, sur la recommandation du

[28] Alinéa 5 (1) c), *LPSR*.

ministre, prendre, modifier ou abroger le règlement.[29] Des règlements sur les actes autorisés et la délégation de l'exécution d'un acte autorisé à un membre ou par un membre sont également exigés par la Loi.[30]

8.3 Lignes directrices du ministère

En 1996, le ministère a établi des objectifs et des principes concernant les programmes d'assurance de la qualité. Ces principes soulignent l'importance du maintien et de l'amélioration des compétences et des aptitudes des membres individuels, ainsi que de la promotion de mesures visant à accroître le rendement collectif de la profession en mettant l'accent sur l'obtention de meilleurs résultats pour les patients.

L'objectif premier du ministère était d'élaborer des normes de programmes concernant l'entrée dans la profession, les directives d'exercice privilégiées l'inscription des professionnels en début d'exercice, la compétence permanente, l'évaluation par les pairs et les mesures correctrices relatives aux comportements ou aux remarques à caractère sexuel. Ces normes sont alors devenues des exigences minimales pour les programmes d'assurance de la qualité des ordres, et devaient être prises en compte dans les règlements adoptés par ces derniers.[31]

Le document suivant publié par le ministère s'intitulait *Guidelines for Colleges for Submitting Regulation Proposals to the Ministry of Health and Long-Term Care*. Distribué en février 2001, ce document stipule :

> le type de renseignements qui doit être fourni au ministère pour qu'il puisse traiter les projets de règlement. Outre les renseignements mentionnés dans les lignes directrices, le ministère demande aux ordres de fournir un tableau en trois colonnes décrivant le règlement ou les dispositions en vigueur, les modifications proposées et les motifs justifiant ces modifications, ainsi que le nombre de parties intéressées, notamment d'associations professionnelles, consultées. [*traduction*][32]

Le 19 novembre 2004, le ministère a fait parvenir aux ordres des lignes directrices stratégiques concernant l'ébauche de règlements sur la publicité, qui comprenaient les critères dont ils doivent tenir compte au cours du processus de rédaction. Chaque ordre est autorisé à élargir les exigences relatives à la publicité en fonction des besoins particuliers de la profession, mais doit toutefois s'assurer que les motifs d'élargissement des exigences sont clairs et favorables à l'intérêt du public. Le ministère a demandé aux ordres d'examiner tous les règlements sur la publicité ou tout autre règlement en vigueur, dont ceux concernant les fautes professionnelles, afin de déterminer s'ils sont conformes aux nouvelles lignes directrices. Lorsqu'il a publié ces lignes directrices, le ministère a indiqué qu'il ne traiterait pas les projets de règlement sur la publicité déjà soumis.

---

[29] Paragraphe 5 (3), *LPSR*.
[30] Paragraphe 27 (3) et article 28, *LPSR*.
[31] Rapport de Harry Cummings Associates présenté au CCRPS, juillet 2000.
[32] Lettre de Joshua Tepper, s.-m. a., DSRHS, MSSLD adressée au président du CCRPS, 19 déc. 2005.

Le 18 juillet 2005, les ordres professionnels ont reçu le document *Guidelines on drafting Conflict of Interest Regulations* du ministère. Ces lignes directrices décrivent les critères minimaux dont devraient tenir compte les ordres au moment de rédiger et de modifier leurs règlements sur les conflits d'intérêts. Le ministère a demandé aux ordres d'examiner tous les règlements sur les conflits d'intérêt ou tout autre règlement en vigueur, dont ceux concernant les fautes professionnelles, afin de déterminer s'ils sont conformes aux nouvelles lignes directrices. Encore une fois, lorsqu'il a publié ces nouvelles lignes directrices, le ministère a indiqué qu'il ne traiterait pas les projets de règlement sur les conflits d'intérêts déjà soumis.

En juillet 2004, le ministère a publié le document *Guidelines on Incorporation by Reference of Documents into College Regulations under Health Profession Legislation*[33]. Ces lignes directrices établissent les paramètres concernant une modification apportée en 1998 à la *LPSR* qui permet aux règlements sur les normes d'exercice d'adopter par renvoi un code, une norme ou une ligne directrice et d'obliger les membres de la profession à s'y conformer.[34] Grâce aux dispositions relatives à l'« incorporation continuelle » de la Loi les normes d'exercice peuvent être mises à jour en temps opportun en fonction de, la pratique actuelle.

Les lignes directrices de 2004 du ministère limitent l'utilisation de l'incorporation par renvoi car, selon elles, l'incorporation par renvoi n'est pas une technique de rédaction privilégiée, sauf en ce qui concerne les questions détaillées de nature administrative, technique, scientifique ou similaire. Les lignes directrices précisent également que le document de référence doit avoir une date fixe. Si le document est modifié ultérieurement, le règlement devra également l'être. En dernier lieu, la norme d'exercice à incorporer dans le règlement doit également être approuvée par le ministère. Lorsqu'il s'est penché sur les dispositions relatives à l'incorporation continuelle, le ministère a indiqué que dans des cas exceptionnels, un règlement prescrivant des normes d'exercice de la profession peut adopter un document externe d'une façon qui permet d'adopter automatiquement les modifications futures apportées audit document. L'utilisation de l'incorporation continuelle se limite aux situations où la norme a été établie par un expert reconnu qui n'est pas rattaché à l'ordre.

8.4 Processus d'approbation des règlements

Le pouvoir de prendre des règlements qui est conféré aux professions autoréglementées ne leur donne pas carte blanche pour autant. La loi habilitante, les politiques et ententes gouvernementales, la *Charte des droits et libertés* et d'autres directives imposent des contraintes. Tel qu'il est décrit, le ministère doit examiner les règlements rédigés par les conseils des ordres avant qu'ils soient approuvés par le lieutenant-gouverneur en conseil.

[33] Pièce jointe, lettre de Joshua Tepper, s.-m. a., DSRHS, MSSLD, adressée au président du CCRPS, 19 déc. 2005.
[34] Paragraphe 95 (1) et (2), *LPSR*.

Le processus de réglementation au sein du gouvernement est complexe, car il exige un examen minutieux effectué à l'interne par le ministère, des communications avec les autres ministères qui pourraient être touchés par le règlement et la rédaction d'un projet de texte juridique officiel. Les règlements nouveaux ou modifiés doivent également satisfaire aux exigences de la *Loi sur les règlements*. Au sens de cette loi, un comité permanent de l'Assemblée législative peut également examiner les règlements proposés, « notamment quant à l'étendue et au mode d'exercice du pouvoir de législation délégué, sans toutefois tenir compte du bien-fondé de la politique ou des objectifs visés par les règlements ou des lois habilitantes ».

L'alinéa 106 h) du Règlement de l'Assemblée législative décrit le mandat du comité qui sert de description générale des exigences relatives aux règlements pris en application d'une loi :

- les règlements ne doivent pas contenir de dispositions donnant naissance à une nouvelle politique, mais sont restreints à des détails de mise en œuvre de la politique établie par la loi;
- les règlements doivent être strictement conformes à la loi habilitante, en particulier en ce qui a trait à la liberté des personnes;
- les règlements doivent être rédigés en langage clair et précis;
- les règlements n'ont aucun effet rétroactif, sauf autorisation expresse de la loi; ils ne doivent pas exclure la compétence des tribunaux;
- les règlements ne doivent pas imposer de pénalité, de peine d'emprisonnement ou d'autres sanctions; ils ne doivent pas faire passer sur la personne accusée d'une infraction le fardeau de la preuve de son innocence;
- les règlements ne doivent pas imposer d'impôt (en dehors de fixer le montant des droits payables pour un permis, par exemple);
- ces attributions générales ne doivent pas être utilisées pour établir un tribunal judiciaire ou administratif.

Enfin, la *Loi sur les règlements* exige que tous les règlements soient publiés dans la *Gazette de l'Ontario* au plus tard un mois après leur dépôt. La publication comporte des conséquences juridiques importantes. Tout particulièrement, le paragraphe 5 (3) de la *Loi sur les règlements* stipule qu'un règlement non publié « est sans effet à l'encontre de la personne qui n'en a pas une connaissance réelle ».

8.5 Relations du ministère avec les ordres professionnels

La majorité des ordres ont éprouvé de la frustration à traiter avec le ministère relativement aux règlements soumis à son examen et à son approbation. De son côté, le ministère a également soulevé des inquiétudes concernant le processus et fait mention de problèmes particuliers relatifs aux règlements tels qu'ils étaient soumis.

Point de vue des ordres professionnels

Certains ordres professionnels ont déclaré avoir été informés que le ministère n'avait aucun dossier relatif à leur projet de règlement. Voici quelques exemples de préoccupations exprimées par des ordres professionnels :

- L'Ordre des hygiénistes dentaires de l'Ontario a déclaré avoir présenté en juillet 2002 une modification à son règlement sur l'éthique professionnelle et avoir été informé en 2004 que le ministère n'avait aucun dossier relatif à ce projet. L'ordre a indiqué avoir présenté de nouveau le règlement en août 2004 et reçu un accusé de réception cinq mois plus tard. Il a précisé qu'il n'avait reçu aucune communication du ministère depuis.

- L'Ordre royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario a déclaré avoir présenté en 1996 une demande d'approbation d'un règlement concernant l'assurance de la qualité qui précisait les exigences relatives à la participation aux programmes d'assurance de la qualité et aux compétences permanentes. L'ordre aurait retiré sa demande en 1999, et aurait présenté une demande d'approbation d'un règlement mis à jour en septembre 2000. En 2003, l'ordre a semble-t-il été informé que le ministère n'avait aucun dossier du règlement et il a donc dû présenter de nouveau le règlement en 2004. Les discussions ont repris à l'été 2004, mais ont par la suite apparemment été interrompues. Pour ces raisons, l'Ordre royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario n'a actuellement aucun règlement concernant l'assurance de la qualité. Dans une lettre adressée au CCRPS, l'ordre déclarait ce qui suit :

  > Les membres nous ont demandé pourquoi, si nous disons que le programme d'assurance de la qualité est si important, le gouvernement ne ressent pas notre grande inquiétude ou ne le met pas sur la liste de priorités puisque le règlement sur l'assurance de la qualité n'a pas encore été adopté. Les sociétés dentaires locales nous ont demandé comment nous pouvons facturer des programmes, ou collaborer avec les universités à l'élaboration de programmes assortis des droits s'il n'y a aucun règlement nous permettant de les exiger [...] Même si nous avons publié des lignes directrices concernant la formation dans les programmes d'assurance de la qualité, elles n'ont de toute évidence pas le même poids qu'un règlement. Un règlement revêt le caractère solennel au droit et de la loi et prévoit des conséquences en cas de non-conformité. [*Traduction*][35]

De nombreux ordres ont déclaré que leurs règlements sont en attente depuis plusieurs années. Voici quelques exemples :[36]

---

[35] Lettre présentée au président du CCRPS le 28 novembre 2005.
[36] Documentation tirée d'observations écrites adressées au CCRPS.

- Entre 1995 et 2001, l'Ordre des physiothérapeutes a présenté à des fins d'approbation des règlements concernant la publicité, les conflits d'intérêts, les physiothérapeutes qui travaillent pour des tiers, les avis publics d'audience et d'assemblées, la tenue de dossier et les normes d'exercice. Le ministère n'a apparemment approuvé aucun de ces règlements, que l'Ordre a retirés en juin 2005 parce qu'ils étaient périmés.

- L'Ordre des technologistes de laboratoire médical de l'Ontario a déclaré avoir présenté en 1999 des règlements concernant l'inscription afin de les faire approuver. Pendant une période de six ans, une longue série de propositions ont été communiquées aux membres et approuvées par le conseil, puis communiquées de nouveau aux membres et réapprouvées à la suite de leur refus par le ministère. En fin de compte, les modifications ont été approuvées en octobre 2005.[37]

- L'Ordre des sages-femmes de l'Ontario a déclaré avoir présenté en 1997 un règlement concernant l'inscription afin de le faire approuver et de pouvoir modifier un règlement de 1994 sur la reconnaissance des acquis. Le programme de reconnaissance des acquis a pris fin en 2003 sans qu'un règlement ne lui ait accordé de statut juridique. En 2004, le ministère a demandé des documents comparant le règlement de 1994 aux propositions de 1997, accompagnés de la justification de toutes les modifications à apporter au libellé, du dessein et des répercussions. Ce document a été présenté en décembre 2004, et il semble que le ministère n'ait pas encore donné de réponse.[38]

- En 1995, l'Ordre royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario a déclaré avoir présenté aux fins d'approbation un règlement sur les dossiers réglementaires, qui précisait les exigences relatives à la création et à la tenue des dossiers cliniques et financiers. Une modification mineure a été présentée en 1996. Le règlement n'a pas encore été approuvé. Entre temps, l'Ordre continue d'appliquer le Règlement 547, modifié jusqu'au Règlement 548/93 pris en application de la *Loi sur les sciences de la santé*, qui a été abrogée en 1993.[39]

- L'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario a déclaré avoir présenté plusieurs demandes de réglementation au ministère en 2000 et en 2001, dont aucune n'a été approuvée jusqu'à ce jour.[40] Elles portaient sur les questions suivantes :

    - Obligation de prévenir;
    - Représentation universitaire accrue au conseil;
    - Programme sur la méthadone;

[37] Règl. de l'Ontario 553/05.
[38] Observations présentées au CCRPS, mai 2005.
[39] Observations présentées au CCRPS, mai 2005.
[40] Lettre adressée au président du CCRPS, janvier 2006.

- Méthodes d'enquête/incompatibilité de la *Loi sur les hôpitaux publics*;
- Processus d'inscription.

- L'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario a déclaré que « les retards dans l'approbation des règlements ont, et continueront d'avoir, des répercussions profondes sur la capacité de l'ordre de garantir la sécurité du public et de faciliter un accès approprié et opportun aux services de santé que ses membres peuvent offrir au public ».[9]

- L'Ordre des ergothérapeutes de l'Ontario a déclaré qu'un règlement sur les fautes professionnelles présenté aux fins d'approbation en juillet 2001 avait fait l'objet de cinq examens du ministère qui ont exigé chaque fois des modifications mineures, à la suite desquelles l'ordre a dû examiner le règlement de nouveau et le redistribuer à ses membres, se soumettre à des formalités juridiques supplémentaires et faire approuver le règlement de nouveau par le Conseil. L'approbation de ce règlement est toujours en instance.[10]

- L'Ordre des psychologues a déclaré au CCRPS qu'il avait présenté en 2003 des modifications à son règlement sur l'inscription et reçu du ministre des questions qui concernaient non pas les modifications, mais le libellé du règlement qui est en vigueur depuis 1998.[11]

- Le ministère a rejeté des projets de règlement sur les fautes professionnelles concernant la tenue de dossiers que l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario avait présentés en 1994, invoquant le motif qu'ils ne s'appliquaient qu'aux infirmières et infirmiers travaillant dans des cabinets de médecins indépendants. L'ordre a déclaré que le règlement rédigé visait uniquement les infirmières et infirmiers qui travaillent dans des cabinets de médecins indépendants parce qu'ils sont les seuls qui gèrent les dossiers de soins de santé. Dans le cas des autres infirmières et infirmiers, c'est l'établissement, l'employeur ou l'hôpital qui gère les dossiers de santé.[12]

Bien qu'ils trouvent utiles les récentes lignes directrices sur les conflits d'intérêt et la publicité, ils ont toujours besoin de directives du ministère pour les règlements qui traitent de la tenue de dossiers (à la suite de l'adoption des nouvelles lois sur les dossiers médicaux) et des questions liées à l'accord fédéral-provincial de reconnaissance mutuelle concernant la mobilité de la main-d'œuvre.

Point de vue du ministère

Le ministère s'attend à ce que les ordres adhèrent à ses lignes directrices et soumettent des propositions complètes. S'il manque des renseignements,

[9] Présentation au CCRPS, novembre 2005.
[10] Rapport de l'Ordre des ergothérapeutes de l'Ontario présenté au CCRPS, août 2005.
[11] Observations présentées au CCRPS, novembre 2005.
[12] Observations présentées au CCRPS, novembre 2005.

le personnel devra demander d'autres renseignements ou éclaircissements qui peuvent ne pas être facilement disponibles et que les ordres peuvent prendre un certain temps de réponse à fournir.[5] Le personnel connaît de gros problèmes lorsque la qualité des propositions n'est pas conforme aux normes établies dans les lignes directrices du ministère.

Le ministère a également souligné la difficulté de traiter les modifications apportées aux projets de règlements une fois que le processus d'approbation du projet est amorcé. À certaines occasions, il a été impossible de traiter ces modifications parce qu'elles ont été présentées sans avoir été approuvées par le conseil de l'ordre. Dans d'autres cas, elles n'ont pas fait l'objet d'un examen juridique ou elles ne sont pas présentées sous forme d'ébauche de règlement. Ces facteurs peuvent contribuer aux retards dans l'approbation des règlements.

Bien que les ordres déclarent qu'il arrive souvent qu'ils ne sachent pas à quelle étape est rendue la proposition ou que le ministère ne communique pas avec eux ou seulement de façon irrégulière au sujet d'un règlement particulier, le ministère affirme dans une FAQ relative à ses lignes directrices de 2001 qu'il peut s'écouler un an avant que les règlements soient déposés et publiés dans la Gazette. Le ministère a annoncé au CCRPS qu'il a récemment pris des mesures pour améliorer le processus d'approbation en désignant une seule personne-ressource pour chaque demande d'approbation et en fournissant aux ordres des échéanciers probables.

8.6 Sommaire

Dans sa réponse au CCRPS, le ministère a observé que « certains ordres déploient davantage de moyens que d'autres lorsqu'il est question d'élaborer des propositions de règlement et de les présenter au ministère ». Cependant, le CCRPS a noté que les problèmes mentionnés par les ordres ont été soulevés par des ordres, comptant peu et beaucoup de membres et disposant de peu ou de beaucoup de ressources pour recourir aux services d'avocats internes ou externes.

Le CCRPS a conclu qu'un processus d'approbation des règlements opportun et adapté aux besoins constitue une composante essentielle de la prestation d'excellents systèmes de santé accessibles. Le système actuellement en place ne répond pas aux besoins des ordres, de nos professionnels de la santé, du ministre et du ministère ou du grand public.

8.7 Réglementation autre que la *LPSR*

La réglementation des professions de la santé en Ontario fait l'objet de plusieurs textes de loi autres que la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* et les lois sur des professions particulières. La *Loi sur la protection contre les rayons X*, la *Loi sur les praticiens ne prescrivant pas*

[5] Lettre de Joshua Tepper, s.-m. a., DSRHS, MSSLD adressée au président du CCRPS, 19 déc. 2005.

de médicaments, la *Loi sur la réglementation des médicaments et des pharmacies* et la *Loi sur l'interchangeabilité des médicaments et les honoraires de préparation* ne sont que quelques-unes des nombreuses lois qui ont une incidence sur les professions de la santé réglementées. Les règlements pris en application de ces lois apportent un surcroît de complexité au processus d'approbation de la réglementation.

- L'Ordre royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario continue de s'appuyer sur certains règlements pris en application de la *Loi sur les sciences de la santé*, qui a été abrogée en 1993.

- L'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario a présenté des projets de règlement en vertu de la *Loi sur la protection contre les rayons X* en octobre 2005 afin de valider d'autres tests diagnostiques que les IA (cat. spéc.) sont autorisés à effectuer afin de respecter les normes d'exercice actuelles.

- L'Ordre des pharmaciens, qui doit se conformer à plusieurs lois régissant les établissements ainsi que la profession, a récemment présenté des projets de règlements complémentaires à ceux pris en application de la *LPSR* et qui concernent les normes d'exercice actuelles et en évolution. Si la réglementation des techniciens en pharmacie est adoptée, certains de ces règlements devront être modifiés en même temps que les règlements pris en application de la *LPSR* . Il en est question au chapitre 4 du présent rapport.

Il serait utile d'examiner le processus d'approbation des règlements lorsque plusieurs lois sont en cause et que les règlements doivent être approuvés simultanément.

8.8 En ce qui concerne le processus d'approbation des règlements, le CCRPS recommande ce qui suit :

55. Qu'un groupe de travail collaboratif, composé de représentants des Ordres de réglementation des professions de la santé de l'Ontario, du CCRPS et du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, établisse des procédures visant :

    (a) à améliorer la communication et le partage de renseignements de sorte que toutes les parties disposent de l'information dont elles ont besoin pour assumer leurs responsabilités dans le cadre du processus d'approbation des règlements;

    (b) à élaborer un modèle révisé servant de guide général pour la présentation de projets de règlement qui soit facile à comprendre et à mettre en œuvre pour tous les ordres;

    (c) à élaborer et à exécuter des plans de communication afin de garantir que toutes les parties comprennent pleinement le processus et la façon d'accélérer les approbations.

56. Que le ministère établisse des normes de responsabilité en ce qui a trait à son rendement dans le cadre du processus de réglementation, notamment :

    (a) des délais opportuns pour accuser réception des projets règlements et y répondre;

    (b) une communication continue avec le proposant concernant l'état de la proposition;

    (c) l'adoption de mécanismes appropriés de résolution des questions en litige avec les ordres;

    (d) la distribution de lignes directrices et de principes concernant les règlements;

    (e) des processus d'approbation des règlements lorsque plusieurs lois sont en cause et que des règlements doivent correspondre entre eux;

    (f) un mécanisme d'évaluation interne et externe favorisant une amélioration continue de la qualité dans ses activités de réglementation.

9. Gouvernance

La *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* reconnaît les avantages que comporte la participation des non-professionnels au sein de la structure d'autonomie des ordres de réglementation. Par conséquent, les conseils des ordres (ou conseils d'administration) sont composés de personnes membres de la profession et de membres du public. L'objectif visé est d'équilibrer les intérêts tant du public que de la profession face aux questions se rapportant à l'ordre.

Les représentants du public sont nommés par le lieutenant-gouverneur en conseil sur la recommandation du ministre de la Santé et des Soins de longue durée. Les membres de la profession sont élus par leurs pairs conformément aux règlements administratifs de l'ordre. Selon la composition du conseil précisée dans chacune des lois visant une profession de la santé, il est possible que des membres appartenant au domaine universitaire fassent partie du conseil. Les conditions varient d'une profession à l'autre.

Les exigences relatives à la composition des comités et des sous-comités légaux sont énoncées dans le *Code des professions de la santé*. Des membres du public doivent être nommés pour siéger à tous les comités et sous-comités légaux et être comptés dans le quorum pour la prise d'une décision. Ils peuvent également présider le comité et occuper des postes de direction.

Au cours de la préparation de son rapport de 2001, le CCRPS a examiné la structure des conseils des ordres et a indiqué qu'aucune modification ne serait apportée aux principes de gouvernance de ces derniers. Il a cependant

suggéré que le Code soit modifié afin d'accorder aux membres professionnels la majorité plus une ou deux voix par rapport aux membres du public. Il a également recommandé que le ministre détermine avec chaque ordre si la composition de son conseil est adéquate et s'il devrait être obligatoire d'y inclure des membres issus du monde universitaire. En outre, le CCRPS a formulé des recommandations à l'égard du choix et de la formation des membres du public.

9.1 Choix des représentants du public

Les conseils des ordres sont composés de membres de la profession et de représentants du public nommés par le lieutenant-gouverneur en conseil. En règle générale, une formule convenue accorde aux membres de la profession un peu plus de poids au sein du conseil, de ses comités et des sous-comités qui entendent en audience différentes affaires liées aux plaintes, à l'aptitude professionnelle et à la discipline. Cette mesure est conforme au principe d'autoréglementation. Des exigences légales stipulent également que les comités et sous-comités doivent comprendre des représentants du public.

Le CCRPS souscrit aux recommandations précédentes selon lesquelles les représentants du public devraient être choisis en fonction de la pertinence de leurs études et de leur expérience. Ils doivent démontrer les connaissances, la capacité, la volonté et l'engagement nécessaires pour s'acquitter de leurs responsabilités en tant que membres représentant l'intérêt public ainsi que la connaissance et les compétences particulières qu'exigent les divers ordres professionnels.

Le CCRPS comprend qu'il est parfois difficile de choisir des personnes pour siéger aux conseils étant donné l'engagement nécessaire : il s'agit d'une demande exigeante pour les personnes qui occupent déjà un emploi ou qui ont de jeunes familles, parce qu'elle signifie souvent une perte de revenu et un investissement considérable en temps et en énergie.

9.2 Nominations dans des délais opportuns

Dans le cadre de l'examen du rapport précédent, le CCRPS a appris que certaines nominations publiques s'effectuent souvent lentement et que ce fait nuit au bon fonctionnement du conseil et de ses comités et sous-comités. Sans un effectif complet de représentants du public, il se peut que les ordres ne soient pas en mesure de constituer des comités des plaintes, de discipline et d'aptitude professionnelle comme l'exige la loi.

Le CCRPS souligne que la *LPSR* et les lois propres aux professions ne disent rien à propos de la durée précise du mandat des membres du public. La pratique veut que le lieutenant-gouverneur en conseil nomme des membres pour un mandat d'une durée limitée. Récemment, le CCRPS a observé que certains représentants du public avaient été nommés pour une période d'un an seulement. Cette durée est à peine suffisante pour se familiariser avec les tâches et processus propres à ce qui est fondamentalement un organisme d'arbitrage et encore moins pour apporter une contribution valable à l'ordre.

Certains ordres ont suggéré d'apporter des modifications aux lois afin qu'elles stipulent que le mandat d'un membre ne se termine tant que son successeur n'a pas été nommé et formé ou encore que les conseils et comités devront être considérés comme étant dûment constitués avec les autres membres, que les normes législatives soient ou non respectées. Le CCRPS fait remarquer qu'en Alberta, la Health Disciplines Act exige qu'un représentant du public « continue d'occuper sa charge après la fin de son mandat jusqu'à ce qu'il soit nommé de nouveau ou que son successeur soit nommé ».

D'autres ordres ont suggéré que des personnes non membres du conseil soient choisies parmi le grand public et autorisées à faire partie du quorum des sous-comités, assurant ainsi leur capacité d'exercer leurs activités, malgré toute vacance du poste d'un membre du public. Des représentants du public qui ont participé à un atelier de discussion avec le CCRPS en décembre 2005 ont eux-mêmes recommandé que les nominations soient faites en temps plus opportun et que les mandats soient prolongés. Ces mesures auraient pour effet de renforcer le rôle que jouent les membres du public en assurant une plus grande continuité et une compétence accrue.

Le CCRPS ne recommande pas à l'heure actuelle d'apporter une modification législative en vue de remédier à ce qui est essentiellement un problème lié au fonctionnement. Nous sommes cependant conscients du fait que pour de nombreux ordres, la nomination des représentants du public dans des délais opportuns est un point crucial et convenons que le ministre devrait prendre toutes les mesures nécessaires pour soutenir les ordres à cet égard. Certaines options pourraient être prises en considération en vue de modifier le rythme du processus de nomination par l'élimination d'un certain nombre d'étapes incluses dans le processus d'approbation des nominations par le gouvernement.

9.3 En ce qui concerne les nominations de membres du public aux conseils, le CCRPS recommande ce qui suit :

57. Que les représentants du public nommés aux conseils des ordres soient choisis en fonction de la pertinence de leurs études et de leur expérience : ils doivent démontrer les connaissances, la capacité, la volonté et l'engagement nécessaires pour s'acquitter membres représentant l'intérêt public;

58. Que le gouvernement envisage d'apporter des modifications à son processus de nomination pour prolonger le mandat des nominations des membres du public aux conseils des ordres ou de permettre une prolongation de la durée d'une nomination « à titre amovible » jusqu'à ce que le lieutenant-gouverneur en conseil nomme un successeur;

59. Que le gouvernement détermine si le ministre devrait avoir le droit de nommer des membres du public aux conseils à la place du lieutenant-gouverneur en conseil.

9.4 Information et formation

La recommandation du CCRPS de 2001 selon laquelle les membres du public susceptibles d'être nommés aux conseils des ordres soient mieux informés sur leurs rôles et leurs responsabilités a reçu un soutien considérable. Des représentants du public ont dit au CCRPS qu'ils appuyaient cette recommandation. Bien que tous convenaient de l'importance du rôle des représentants du public, bon nombre de personnes ignoraient l'engagement personnel nécessaire pour remplir dûment leur rôle. Certaines personnes ont suggéré qu'un groupe de volontaires ayant déjà siégé aux conseils pourraient fournir de l'information et des indications aux candidats pressentis, et qu'il serait utile que le Secrétariat des nominations ou les ordres eux-mêmes se penchent sur une telle initiative.

Les associations, les ordres, les Ordres de réglementation des professions de la santé de l'Ontario, les membres de la profession, les représentants du public et les membres du public se sont prononcés à l'unanimité en faveur d'une formation plus poussée des membres des conseils. En règle générale, les concepts de l'autoréglementation ne sont pas connus. Le fonctionnement des organismes d'arbitrage et les responsabilités des arbitres exigent une grande compétence. L'établissement de normes et de lignes directrices visant à guider une activité professionnelle représente une tâche exigeante et essentielle qui nécessite des connaissances et de la précision. Des représentants du public ont eux-mêmes souligné l'importance de connaître la *Loi* et les règlements et d'être adéquatement préparés à prendre part à des discussions.

Des représentants du public provenant de tous les ordres ont proposé la création de possibilités de formation afin de faciliter la discussion et l'apprentissage. Les personnes qui avaient participé à des programmes de formation de niveaux élémentaire et avancé portant sur la tenue d'audiences disciplinaires ont signalé qu'elles en avaient tiré un grand bénéfice. Ces programmes sont parrainés par les Ordres de réglementation des professions de la santé de l'Ontario et sont offerts tant aux membres de la profession qu'aux membres du public.

Par ailleurs, le CCRPS a étudié certaines propositions concernant des programmes d'orientation coopératifs autofinancés auxquels participeraient des membres des conseils des ordres, de la Commission d'appel et de révision des services de santé, du CCRPS et du ministère, programmes qui constitueraient une mesure utile. Le CCRPS propose d'entreprendre de nouvelles discussions sur cette option.

En 2001, le CCRPS a recommandé que l'on confie aux ordres la responsabilité de former et d'orienter les membres du public à l'égard du rôle qu'ils doivent jouer. Le CCRPS souligne aujourd'hui que les représentants du public ne sont pas les seuls à nécessiter une formation et une orientation et que celles-ci doivent satisfaire à la fois aux besoins des membres du public et à ceux des membres de la profession. Cela dit, nous observons que les ordres assument les frais de formation des membres de la profession et que le ministère accorde du financement pour l'éducation des membres du public. Ces derniers ne peuvent profiter de cette formation que lorsque le ministère consent à en assumer les frais ou s'ils paient eux-mêmes pour

ces programmes. L'expérience qu'ont vécue certains membres du public démontre l'incohérence du ministère en ce qui a trait au financement de la formation des membres du conseil.

9.5 Par conséquent, le CCRPS recommande :

60. Qu'il y ait parité dans l'affectation des fonds nécessaires à l'éducation de l'ensemble des membres des conseils, qu'ils soient nommés ou élus, et que le financement du ministère prévu pour la formation et l'orientation des membres du public soit suffisant pour leur permettre de profiter des possibilités de formation au même titre que les membres de la profession des conseils des ordres.

9.6 Indemnités

L'article 8 du *Code des professions de la santé* stipule que les membres du conseil nommés par le lieutenant-gouverneur en conseil reçoivent une rémunération et des indemnités du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Les représentants du public reçoivent du ministère une rétribution pour leur travail ainsi que des indemnités connexes, ainsi que des lignes directrices rigoureuses concernant le temps de préparation requis pour les réunions et les audiences. Les membres de la profession sont rétribués directement par les ordres.

Les représentants du public et les ordres ont souligné l'écart de rémunération entre les membres du public et les membres de la profession. Au cours des discussions qu'a eues le CCRPS avec des représentants du public nommés à des ordres, ces derniers ont mentionné que le niveau de rémunération n'avait pas changé depuis 20 ans et que cette situation devait être rectifiée.

Le Conseil consultatif a été informé que de nombreux représentants du public n'ont plus les moyens de s'acquitter de leurs tâches. D'autres ont fait remarquer que l'indemnité versée pour les frais de déplacement aux personnes qui assistent à une réunion est irrégulière et arbitraire. Le CCRPS a également appris qu'il peut arriver que des représentants du public ne soient pas indemnisés pour leur temps de préparation, à moins qu'ils ne prennent part à un comité légal du conseil. Étant donné que cette préparation peut exiger de nombreuses heures de travail, les participants ont estimé que cette pratique était injuste et discriminatoire. Ils ont affirmé que puisqu'on s'attend à ce que des personnes compétentes siègent aux comités du conseil, il faudrait les rémunérer pour leur temps et leur travail.

Par ailleurs, les écarts importants entre les rémunérations ont donné l'impression que les représentants du public, qui subissent les mêmes pressions et exigences que les membres de la profession, sont des administrateurs de deuxième classe. Il importe de rétablir l'équilibre. Les représentants du public doivent s'investir pleinement dans le processus de gouvernance, et leurs rôles, responsabilités et obligations de rendre des comptes ne sont pas moins importants que ceux des membres de la profession.

Le CCRPS signale que les rémunérations devraient être suffisantes en vue d'attirer une réserve de candidats compétents pour siéger à titre de membres du public.

9.7 Le CCRPS recommande :

61. Que le gouvernement entreprenne en temps opportun un examen rigoureux de la rémunération prévue pour les représentants du public afin qu'elle soit augmentée pour ceux qui sont nommés aux conseils.

10. Actes autorisés et champs d'exercice

Le champ d'exercice de chaque profession est décrit dans les lois propres à chacune d'elles. Les actes autorisés sont des actes réservés que chacune des professions est différemment autorisée à accomplir par la *LPSR* conformément aux compétences qui lui sont reconnues. Aucun examen approfondi de ces dispositions n'a été effectué depuis que la loi a été promulguée il y a 15 ans. Cette seule constatation porte à croire qu'il est opportun d'examiner s'il y a lieu de les modifier compte tenu de l'évolution technologique et de divers phénomènes comme, par exemple, les besoins en ressources humaines dans le domaine de la santé.

Par ailleurs, il serait utile de vérifier si les professionnels exploitent réellement leur champ d'exercice maximal et, dans la négative, quels sont les obstacles qui les en empêchent. Un autre aspect de cet examen consisterait à faire la lumière sur les nouveaux rôles qu'il y aurait lieu d'inclure au sein d'une profession et sur la façon de promouvoir des pratiques exemplaires dans des champs communs à plusieurs professions.

62. Le CCRPS propose de mettre sur pied un programme de consultation qui permettra à chaque profession d'évaluer la validité et la fiabilité de son champ d'exercice et de ses actes autorisés, et de présenter ses recommandations au ministre.

11. Planification des ressources humaines dans le domaine de la santé

La réglementation des professionnels de la santé est essentielle pour veiller à ce que des professionnels compétents autorisés soient en poste pour répondre aux besoins cernés. Il faut plusieurs années d'études et de stages cliniques pour satisfaire aux exigences d'accès à la pratique, quelle que soit la profession, et les professionnels doivent maintenir une compétence continue pour être en mesure de s'ajuster aux changements qui touchent la prestation des soins de santé, l'incidence des maladies et les caractéristiques de la population.

11.1 Collecte de données

L'un des principaux éléments de la planification des ressources humaines dans le domaine de la santé est la disponibilité de données qui décrivent en détail la composition du bassin actuel de professionnels – les données

repères. Alors que dans le cas des infirmières et infirmiers et celui des médecins, une grande quantité de renseignements regroupés est mise à notre disposition, il est difficile d'obtenir des données sur la plupart des autres professions.

> En général, le Canada ne dispose pas de données très complètes sur les RHS. Mais les médecins, eux, ont accès à des données de haute qualité qui peuvent servir de modèle aux autres professions de la santé. Les principales sources de données sont la Base de données médicales de Southam (BDMS) et le Système informatisé sur les stagiaires post-m.d. en formation clinique. Le système informatisé sur les stagiaires fournit des renseignements sur les étudiants en médecine alors que la BDMS renferme des renseignements ajustés annuellement sur la plupart des médecins canadiens, y compris un numéro d'identification de médecin brouillé unique, le sexe, l'année de naissance, la province de résidence, le code postal, le degré d'activité, la spécialisation, l'emplacement et l'année d'obtention d'un diplôme d'une faculté de médecine. Les analystes peuvent faire appel à la BDMS pour suivre l'évolution professionnelle de la carrière d'un médecin au fil du temps, en particulier les transitions dans le cadre de l'exercice de la médecine (première entrée dans la base de données), ainsi que diverses spécialisations, les périodes de maladie, les absences temporaires de la médecine active, l'émigration et la retraite.[16]

Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé fournissent des données essentielles sur les travailleurs de la santé, cependant les planificateurs de l'Ontario pourraient mettre à contribution des renseignements qui s'appliquent plus précisément aux données démographiques provinciales. C'est là que les ordres de réglementation peuvent jouer un rôle important.

En Ontario, les ordres de réglementation adoptent des démarches différentes en ce qui concerne la collecte de données relatives à leurs membres. Si les ordres adoptaient une façon méthodique de recueillir et de partager les renseignements, sans identificateurs personnels, qui décrit plus en détails la composition de chacune des professions, cela aiderait énormément à cerner les tendances démographiques des professionnels de la santé. Les renseignements relatifs au vieillissement des professionnels susceptibles de partir à la retraite, la consignation des diverses compétences au sein d'une profession, l'emplacement géographique d'exercice et les influences propres à chacun des sexes peuvent aider les planificateurs des services de santé à prévoir les secteurs qui ont besoin de professionnels.

Même si les ordres peuvent désormais recueillir de l'information globale, le fait de s'assurer que les données sont conformes en vue de les évaluer de façon cohérente continue à poser problème. Certaines modifications mineures apportées à la LPSR pourraient habiliter les ordres à recueillir

[16] Santé Canada, *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*, mai 2004

des renseignements, qui pourraient être regroupés et utilisés efficacement pour planifier l'éducation et la formation des jeunes professionnels. Ces renseignements aideraient également à prévoir à quel endroit les catégories spécialisées ou les champs d'exercice modifiés de certaines professions pourraient se révéler utiles.

11.2 Le CCRPS recommande ce qui suit :

63. Que l'article 5 de la *LPSR* soit modifié par l'ajout du paragraphe suivant :

    (a) Le ministre peut exiger d'un conseil qu'il produise des rapports et des renseignements aux fins de l'administration de la présente loi ou des activités de gestion, d'évaluation, de surveillance, d'affectation de ressources et de planification pour la totalité ou une partie du système de santé, y compris la prestation de services et la planification des ressources dans le domaine de la santé.

    Collecte de renseignements auprès des membres

    (b) Chaque ordre doit recueillir auprès de ses membres, et chaque membre fournir à l'ordre, les renseignements nécessaires à la production des rapports au ministre visés au paragraphe (1).

64. Que l'on crée un groupe de travail commun composé du ministre et de représentants des Ordres de réglementation des professions de la santé de l'Ontario et chargé d'élaborer des critères cohérents pour la collecte de données globales qui seraient utiles à la planification des ressources humaines dans le domaine de la santé et de la planification de la prestation de services.

11.3 Nouvelles catégories

Le CCRPS s'inquiète du fait que l'Ontario accuse un retard sur le plan de l'établissement de nouvelles professions apparentées pour assurer l'accès aux traitements et en réduire les périodes d'attente, et également du fait que les restrictions réglementaires puissent empêcher des professionnels autorisés d'exploiter leur champ d'exercice maximal. Le Canada, de concert avec les provinces, a élaboré un plan décennal qui vise à réduire les périodes d'attente pour avoir accès aux services de santé, tout particulièrement aux soins de traitement du cancer et des cardiopathies, à l'imagerie diagnostique, à l'arthroplastie et à la restauration de la vue. En Ontario, la stratégie relative aux délais d'attente vise à améliorer l'accès aux soins tout en demeurant à la hauteur des pressions croissantes exercées par le vieillissement de la population.

Anesthésiologie

En Ontario, compte tenu de la pénurie critique d'anesthésistes, nous gagnons à observer ce qui se passe dans d'autres territoires de compétence au chapitre des ressources humaines dans le domaine de la santé. Aux États-Unis, les infirmières et infirmiers anesthésistes travaillent en

collaboration avec des chirurgiens, des obstétriciens, des dentistes, des anesthésistes ainsi que d'autres professionnels de la santé dans des hôpitaux, des établissements de soins ambulatoires et des salles d'accouchement. Pour exercer cette profession, il faut suivre un programme de formation didactique et clinique de deux ans en pratique de l'anesthésie menant à l'obtention d'une maîtrise dans un programme reconnu de soins infirmiers anesthésiques.

> Aux États-Unis, les infirmières et infirmiers anesthésistes prodiguent des soins anesthésiques depuis plus de 125 ans. Les infirmières et infirmiers anesthésistes certifiés (IAC) sont des professionnels de l'anesthésie qui donnent approximativement 65 % de tous les soins anesthésiques prodigués aux patients chaque année aux États-Unis. Les IAC sont les seuls fournisseurs de soins anesthésiques dans près des deux tiers des hôpitaux situés en milieu rural aux États-Unis, ce qui permet à ces établissements de soins de santé d'offrir des services d'obstétrique, de chirurgie et de stabilisation traumatologique. Dans certains États, les IAC sont les seuls professionnels à exercer l'anesthésie dans presque la totalité des hôpitaux situés en milieu rural.[47]

L'Ontario a pris certaines mesures préliminaires dans le cadre d'un nouveau programme de formation de 22 semaines qui préparera les infirmières et infirmiers et les inhalothérapeutes à travailler comme assistants anesthésistes sous la supervision d'anesthésistes.

Le CCRPS est cependant convaincu qu'on devrait étudier la possibilité de créer une nouvelle catégorie spécialisée d'infirmières et infirmiers anesthésistes, tout comme les exigences relatives aux compétences et à l'accès à la pratique, les programmes de formation et les questions touchant la supervision, la délégation de fonctions, l'autonomie et les ordonnances médicales. Les infirmières et infirmiers anesthésistes, grâce à leurs compétences supplémentaires, pourraient travailler en collaboration avec des médecins et d'autres professionnels de la santé comme des dentistes, ou appuyer le travail d'équipes médicales familiales, les programmes chirurgicaux des hôpitaux et ainsi que les soins prodigués dans des établissements communautaires. Le besoin a été cerné, mais il se peut que la réglementation des professionnels de la santé n'ait pas évolué au même rythme.

65. Le CCRPS propose d'amorcer des consultations pour se pencher sur des options de réglementation en vue d'élargir le rôle des infirmières et des infirmiers dans le domaine de l'anesthésie et pour faire des recommandations au ministre à titre prioritaire.

Orthopédie

L'Ontario souffre également d'une sérieuse pénurie de chirurgiens orthopédistes. Les États-Unis ont déjà fait l'expérience de la mise sur pied d'équipes qui élargissent le rôle des spécialistes en orthopédie

[47] American Association of Nurse Anesthetists, février 2006

en intégrant des assistants spécialisés en physiothérapie à des équipes multidisciplinaires. Ceux-ci fournissent un soutien général aux chirurgiens orthopédistes et exercent leurs propres activités de soins primaires en évaluant et en traitant les patients atteints de troubles neuromusculosquelettiques. Ces praticiennes et praticiens sont des spécialistes dont le champ d'exercice est élargi.

Au Royaume-Uni, les physiothérapeutes ayant un vaste champ d'exercice travaillent dans plusieurs spécialisations importantes, y compris la médecine musculosquelettique, la rhumatologie, la pédiatrie, l'orthopédie, la neurologie et les soins respiratoires. Les membres de la Chartered Society of Physiotherapists travaillent dans des établissements de soins primaires et secondaires et dans des cliniques de transition; les soins qu'ils prodiguent englobent des tâches qui antérieurement auraient pu être effectuées par un médecin. En Irlande, les physiothérapeutes qui ont suivi une formation supplémentaire se voient confier de nouvelles responsabilités dans les cliniques d'orthopédie, de dépistage de dorsalgie, et de traitement des fractures et des traumatismes légers, des activités multidisciplinaires dans des services de consultation externe comme des cliniques de traitement des blessures aux mains. Ils s'occupent également de la gestion des listes d'attente relatives aux soins d'orthopédie non urgents et assurent un service rentable et de qualité aux patients.

Les données que contiennent les listes d'attente de l'Ontario indiquent que dans 52 des 60 hôpitaux qui fournissent des services de remplacement de la hanche, le délai d'attente moyen en octobre et novembre 2005 était de 150 jours pour les patients qui attendaient que l'on effectue leur chirurgie ou leur examen. Dans 56 des 60 hôpitaux qui fournissent des services de remplacement du genou, le délai d'attente moyen était de 203 jours. Quatre-vingt-dix pour cent des services de remplacement ont été exécutés dans un délai e 341 jours et 90 % des remplacements du genou ont été exécutés dans un délai de 431 jours.[18]

Alors que les pressions s'intensifient en vue d'atteindre les objectifs des listes d'attente pour les remplacements du genou et que la partie de la population susceptible d'avoir recours à ces interventions ne cesse de croître, il devrait être prioritaire d'examiner si et de quelle façon des professionnels de domaines apparentés peuvent participer à la solution de ce problème, quelles sont les nouvelles compétences dont ils auraient besoin et comment intégrer ces professionnels à la pratique. Encore une fois, il se peut que la réglementation n'ait pas évolué au même rythme que les besoins de prestation de soins aux patients et d'affectation des ressources humaines.

66. Le CCRPS propose d'amorcer des consultations afin d'examiner des options de réglementation visant à élargir le rôle des spécialistes en physiothérapie orthopédique, et faire des recommandations au ministre à titre prioritaire.

[18] MSSLD *Les temps d'attente en Ontario*
http://www.health.gov.on.ca/renouvellement/wait_timesf/wt_dataf/data_ontariof.html

Services diagnostiques et technologiques

Le CCRPS est au courant des pressions que subissent les professionnels d'un certain nombres de domaines diagnostiques, dont la pathologie, la technologie de laboratoire médical et la technologie de radiation médicale. Dans une proportion de 70 %, les décisions médicales et les plans de traitement élaborés sont fondés sur les résultats des tests de laboratoire médical. Le nombre d'interventions d'imagerie diagnostique et en laboratoire médical augmente de façon exponentielle, et les nouvelles technologies obligent les professionnels de la santé à acquérir de nouvelles compétences et peuvent entraîner la création de nouvelles catégories de professions pour satisfaire aux exigences en matière de services.

Selon un rapport d'Action Cancer Ontario : [9]

> Plusieurs rapports sur les délais d'attente pour les services diagnostiques décrivent le problème croissant que constitue l'accès à l'imagerie diagnostique. Les données compilées sur les délais d'attente avant une tomodensitographie ou une imagerie par RMN indiquent que 90 % des patients de l'Ontario attendent plus longtemps que le délai optimal au plan médical pour les services souvent nécessaires au diagnostic du cancer.

ACO indique également que l'incidence du cancer (le nombre de nouveaux cas) augmentera en raison de la croissance démographique, du vieillissement de la population et des risques accrus de cancer :

- D'ici trois ans, le nombre de cas de cancer passera de 54 000 en 2004 à 63 000 en 2007.
- La majorité (85 %) des nouveaux cas de cancer frappent des personnes âgées de 50 ans ou plus.
- Les taux de survie au cancer sont en hausse; le taux de survie après cinq ans dépasse maintenant 50 % pour la plupart des cancers.

Un certain nombre de facteurs, y compris les ressources humaines dans le domaine de la santé, restreignent la capacité de répondre à la demande. ACO s'affaire à mettre au point un programme provincial de dépistage du cancer colorectal, qui comprend notamment une évaluation des activités diagnostiques nécessaires. Selon ACO :

> Une partie de la solution pour les ressources humaines consiste à établir de nouveaux rôles non traditionnels pour les spécialistes des soins de santé en vue d'accroître les capacités.

Les compétences diagnostiques et technologiques sont également en forte demande dans d'autres secteurs du système de santé.

---

[9] Action Cancer Ontario, Plan pour la lutte contre le cancer en Ontario 2005

Quelque 6 000 technologues en radiation médicale et 8 000 technologistes de laboratoire médical travaillent actuellement en Ontario et leurs champs d'exercice ont été établis avec l'adoption de la *LPSR* en 1991.

L'Ordre des technologues en radiation médicale de l'Ontario propose quatre catégories d'inscription à ses membres : radiographie, médecine nucléaire, radiothérapie et résonance magnétique. En outre, il délivre deux certificats d'inscription limitée propres à la médecine nucléaire et à la radiographie. Les membres de l'Ordre des technologistes de laboratoire médical de l'Ontario sont inscrits dans un certain nombre de spécialisations, allant de la chimie clinique à l'hématologie.

À l'heure actuelle, les programmes offerts par les collèges communautaires de la province produisent quelque 120 nouveaux technologues en radiation médicale chaque année, soit 20 de plus par année qu'il y a deux ans. Par ailleurs, près de 50 technologistes de laboratoire médical obtiennent chaque année leur diplôme, comparativement à 35 par année il y a deux ans. Les technologues en imagerie par résonance magnétique sont maintenant formés au Michener Institute et ils effectueront environ 400 000 scintigrammes IRM en Ontario en 2005-2006.

67. Le CCRPS propose d'effectuer un examen afin de déterminer si les champs d'exercice sont à jour dans les secteurs diagnostiques et technologiques des professions de la santé et s'il y a lieu de créer de nouvelles catégories au sein de ces professions afin de répondre aux besoins actuels et futurs. Le CCRPS donnera son avis au ministre une fois cette évaluation terminée.

12. Appels et révisions

Révision de la CARPS

À l'article 5 du présent rapport, le CCRPS recommande de modifier le Code afin d'éliminer les demandes de révision faites à la CARPS dans les affaires où une procédure de plainte ne peut être tranchée dans le délai prévu par la loi.

Suspensions d'ordonnances

En 2001, le CCRPS a présenté des commentaires sur les droits d'appel à la Cour divisionnaire et a souligné qu'« un appel d'une telle conclusion [pour faute professionnelle] doit être considéré principalement du point de vue de l'intérêt du public en ce qui a trait à la protection contre les préjudices ».

> Vu qu'une révision judiciaire peut s'étirer sur des mois, sinon des années, il n'est pas dans l'intérêt du public d'autoriser le sursis d'exécution *automatique* d'une ordonnance d'un sous-comité du comité de discipline en attendant l'issue d'une telle révision.[30]

[30] *Rectifier l'équilibre : Étude de la Loi sur les professions de la santé réglementées*, page 89

Lorsqu'il a examiné la recommandation antérieure et d'autres interventions, le CCRPS est arrivé à la conclusion que la *Loi* devrait être plus explicite au sujet des appels de décisions liées à l'incompétence, à l'incapacité et aux mauvais traitements d'ordre sexuel graves afin de confirmer qu'un membre doit se conformer à l'ordonnance malgré un appel, et que la Cour ne devrait pas avoir le pouvoir discrétionnaire d'ordonner un sursis d'exécution.

Transparence

La Commission d'appel et de révision des professions de la santé (CARPS) a indiqué au CCRPS que la *Loi* dans sa version actuelle porte à croire dans un cas que la CARPS entend des appels de décisions sur l'inscription, alors que son mandat est de « [réexaminer la] demande et les éléments de preuve documentaire à l'appui de celle-ci, ou [de tenir] une audience relativement à [la] demande... », ce qui sous-entend le réexamen de la demande. Le CCRPS convient que la loi devrait être plus cohérente.

12.1 En ce qui concerne les appels, le CCRPS recommande ce qui suit :

68. Que l'article 71 de l'annexe 2, Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

    Entrée en vigueur de certaines ordonnances

    71. L'ordonnance rendue par un sous-comité du comité de discipline pour cause d'incompétence ou découlant d'une conclusion selon laquelle un membre a infligé des mauvais traitements d'ordre sexuel consistant en l'un des actes mentionnés à la sous-disposition i, ii, iii ou iv de la disposition 2 du paragraphe 51 (5), ou une ordonnance rendue par un sous-comité du comité d'aptitude professionnelle pour cause d'incapacité, et qui enjoint au registrateur de révoquer ou de suspendre le certificat d'inscription d'un membre, ou de l'assortir de restrictions ou de conditions, entre en vigueur immédiatement même s'il y a appel de l'ordonnance, et la Cour peut ne pas accorder une suspension de l'ordonnance jusqu'à ce que l'appel soit tranché.

69. Que le titre « Appel porté devant la Commission » précédant le paragraphe 21 (1) de l'annexe 2, Code des professions de la santé soit modifié afin de se lire comme suit : « Audiences ou examens relatifs à la demande ».

13. Confidentialité

La *LPSR* renferme un certain nombre de dispositions relatives à l'accès aux renseignements et à la communication de ces derniers au public, y compris des exigences concernant les rapports annuels, la divulgation de renseignements à des plaignants et à des membres, les assemblées publiques des conseils et les audiences disciplinaires. Elle prévoit également le secret professionnel à l'égard des poursuites relatives à la capacité et des programmes de contrôle de la qualité.

Les dispositions relatives au secret professionnel de la *Loi* établissent des restrictions rigoureuses sur la communication des renseignements. Le

personnel d'un ordre ainsi que l'ensemble des membres de son conseil ou de ses comités doivent respecter le secret de tous les renseignements, sauf ceux qui sont du domaine public ou qui relèvent d'exceptions particulières. Certaines dispositions de la *Loi* empêchent la communication de renseignements pertinents entre les comités au sein d'un ordre, ou restreignent les renseignements qui peuvent être fournis à un plaignant ou à une personne qui fait un rapport. L'ordre est tenu d'informer le public qu'il prend des mesures en cas de plainte ou qu'il mène une enquête.

Avec la mise en application des modifications que l'on a proposé d'apporter à la structure des ordres, le CCRPS s'attend à ce que nombre de ces obstacles disparaissent et à ce que les ordres puissent communiquer des renseignements de façon appropriée. Cependant, certaines modifications supplémentaires sont nécessaires pour permettre aux ordres de divulguer des renseignements lorsque cette divulgation vise à protéger l'intérêt public et les membres du public contre des préjudices.

Dans son rapport de 2001, le CCRPS a recommandé l'ajout d'exemptions supplémentaires à l'article 36 et a signalé ce qui suit :

> Les dispositions de la *Loi* interdisent en effet à un ordre de divulguer quelque renseignement que ce soit aux personnes qui voudraient s'assurer qu'il agit bien dans l'intérêt du public. Le Conseil consultatif soutient qu'il serait parfois préférable que certains renseignements relatifs aux procédures des ordres soient rendus publics (p.ex., le fait qu'un ordre mène une enquête). Ainsi, les ordres seraient libres de divulguer des renseignements présentement protégés si cela leur semble dans l'intérêt du public.[51]

En 2006, le Conseil consultatif est du même avis. Les restrictions actuelles sur la communication de renseignements minent la confiance du public à l'égard de la réglementation des professionnels de la santé et nuisent à la capacité de l'ordre de protéger le public lorsqu'il a des motifs raisonnables de croire que c'est son devoir de l'avertir.

Le CCRPS a examiné les dispositions relatives au secret professionnel des autres lois et de la common law, et il a relevé que lorsque l'intérêt public en ce qui à trait à la communication de renseignements l'emporte sur un droit de protection des renseignements personnels, les conditions de divulgation des renseignements sont souvent fixées par la réglementation. Il s'agit d'un mécanisme très utile pour la communication de renseignements à certains organes de réglementation qui n'œuvrent pas dans le domaine de la santé ou à des organismes comme l'Ordre des travailleurs sociaux et des techniciens en travail social de l'Ontario, les diverses sociétés d'aide à l'enfance, les hôpitaux ou le coroner.

Cependant, en ce qui concerne la divulgation d'une enquête au public, des dispositions supplémentaires sont nécessaires. Par exemple, la Loi devrait

[51] *Rectifier l'équilibre : Étude de la Loi sur les professions de la santé réglementées*, page 97

préciser dans quelles circonstances les renseignements peuvent être divulgués au public, notamment lorsque le membre a rendu l'enquête publique ou lorsque des accusations criminelles ont été portées.

13.1 En ce qui concerne les dispositions relatives au secret professionnel de la *Loi*, le CCRPS recommande ce qui suit :

70. Que l'article 36 de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

> 36. (1) Une personne employée, engagée ou nommée aux fins de l'application de la présente loi, d'une loi sur une profession de la santé ou de la *Loi sur la réglementation des médicaments et des pharmacies* ainsi que les membres d'un conseil ou d'un des comités d'un ordre ne doivent divulguer aucun renseignement venant à leur connaissance dans l'exercice de leurs fonctions.
>
> (2) Le sous-article (1) n'interdit pas
>
> (a) la divulgation de renseignements accessibles au public en vertu de la présente loi, d'une loi sur une profession de la santé ou de la *Loi sur la réglementation des médicaments et des pharmacies*, d'un règlement pris en application de l'une ou l'autre de ces lois, ou des règlements administratifs ou règles de pratique et de procédure établis par un ordre;
>
> (b) la divulgation nécessaire à l'égard de l'application de la présente loi, d'une loi sur une profession de la santé ou de la *Loi sur la réglementation des médicaments et des pharmacies*, d'un règlement pris en application de l'une ou l'autre de ces lois, ou des règlements administratifs, ou règles de pratique et de procédure établis par un ordre, de même qu'à l'égard notamment de tout ce qui se rapporte à l'inscription des membres, aux plaintes concernant les membres, aux allégations d'incapacité, d'incompétence ou de faute professionnelle des membres ou à l'égard de la direction de la profession;
>
> (c) la divulgation à un organisme qui régit une profession de la santé en Ontario ou dans un ressort autre que l'Ontario;
>
> (d) la divulgation de la façon que peut exiger l'application de la *Loi sur l'interchangeabilité des médicaments et les honoraires de préparation*, de la *Loi sur la protection contre les rayons X*, de la *Loi sur l'assurance-santé*, de la *Loi sur les établissements de santé autonomes*, de la *Loi autorisant des laboratoires médicaux et des centres de prélèvement*, de la *Loi sur le régime de médicaments de l'Ontario*, de la *Loi sur les stupéfiants* (Canada) et de *la Loi sur les aliments et drogues* (Canada);
>
> (e) la divulgation nécessaire aux fins des activités de gestion, d'évaluation, de surveillance, d'affectation de ressources et

de planification pour la totalité ou une partie du système de santé, y compris la prestation de services et la planification des ressources humaines dans le domaine de la santé par le ministre;

(f) la divulgation à un agent de police afin de faciliter une enquête menée en vue d'une instance en exécution de la loi ou qui aboutira vraisemblablement à une telle instance;

(g) la divulgation par une personne ou un membre à son avocat;

(h) la divulgation avec le consentement écrit de toutes les personnes que les renseignements concernent;

(i) la divulgation à une entité prescrite si la divulgation a pour but de protéger une ou plusieurs personnes contre un préjudice;

(j) la divulgation d'une enquête sur un membre si la divulgation est dans l'intérêt public et dans des circonstances où :

1. l'enquête sur le membre relève du domaine public,
2. des accusations criminelles ont été portées contre le membre relativement au même problème pour lequel il fait l'objet d'une enquête.

14. Modèle opérationnel de services communs

Le ministre a demandé au CCRPS d'examiner si la *LPSR* ou l'une des lois propres aux professions renfermait des obstacles à l'établissement d'un modèle opérationnel de services communs, pour les nouvelles professions dont la réglementation serait trop coûteuse, mais qui devraient être réglementées dans l'intérêt du public.

Le CCRPS a constaté qu'aucun obstacle législatif n'empêchait la mise en application d'un tel modèle. Toutefois, l'expérience démontre un refus de partager les dépenses d'immobilisations, les coûts de fonctionnement et le personnel au sein des fonctions administratives. Les ordres qui avaient amorcé des discussions à cet égard par le passé nous ont fait part de la difficulté d'organiser les baux de manière satisfaisante pour les deux parties et de conclure une entente sur les politiques et les pratiques relatives aux ressources humaines. Aucun de ces obstacles n'est toutefois insurmontable si les parties sont disposées à coopérer. Le CCRPS a également pris connaissance des inquiétudes exprimées par des professions plus modestes, dont les membres doivent assumer des coûts toujours plus élevés pour maintenir à la fois leur ordre et leur association, qui assument des rôles et des responsabilités distincts. Dans l'avenir, certaines de ces professions pourraient envisager une entente de services communs.

L'union en vertu d'une entente administrative de deux nouvelles professions dont les ordres sont distincts pourrait être avantageuse sur le plan de la planification des budgets d'immobilisations et de fonctionnement, et dans

d'autres domaines administratifs. Les mesures de protection de la confidentialité et les fonctions de nature judiciaire imposées aux ordres nécessiteraient des structures et une tenue de dossier parallèles dans certains cas. Les économies réalisées pourraient être plus élevées au niveau des frais de démarrage communs que des coûts de restructuration communs. Toutefois, le CCRPS n'est pas en mesure de les quantifier.

Quoi qu'il en soit, la Loi est suffisamment souple pour permettre aux ordres de conclure des ententes opérationnelles comme il leur convient, et il n'est pas nécessaire d'y apporter d'autres modifications.

Le CCRPS remarque cependant qu'au cours des démarches que feront les professions pour devenir réglementées ou faire modifier la réglementation actuelle, il sera utile d'évaluer les possibilités de regrouper des professions apparentées en un même ordre aux fins de la réglementation. Un tel cadre pourrait tenir compte des besoins particuliers des professions, et leur faire profiter des gains d'efficacité que procurent un ordre et son ensemble de comités légaux. Ce cadre pourrait également favoriser une collaboration accrue en ce qui a trait à l'élaboration de normes de pratique et de programmes de qualité, et réduire la confusion du public à l'égard des services similaires offerts par les membres de diverses professions.

15. Problèmes émergents

15.1 Ordonnances données verbalement

Certains risques de préjudice pour les patients ont été portés à l'attention du CCRPS pendant l'examen de la réglementation des techniciens en pharmacie et ils méritent qu'on s'y attarde.

Les ordonnances ou prescriptions données verbalement sont celles que l'on communique ou modifie au cours d'une discussion orale, soit en personne, soit au téléphone. En d'autres termes, les ordonnances données verbalement sont celles qui ne sont pas produites à l'écrit. De par leur nature, elles présentent des risques pour la sécurité du public et augmentent les possibilités d'erreur au moment de délivrer le médicament.

Les conclusions du programme Medication Errors Reporting de l'USP révèlent que la confusion engendrée par des noms de médicaments similaires représente environ 25 % de ce type d'erreurs. Par conséquent, le National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention des États-Unis recommande ce qui suit :[52]

- La communication verbale des ordonnances ou des prescriptions doit se limiter aux situations urgentes où il est impossible de communiquer immédiatement à l'écrit ou par voie électronique.

- Les organismes de soins de santé devraient établir des politiques et des procédures qui :

[52] © NCCMERP, Recommandations du conseil, 20 février 2001.

- décrivent les limites et les interdictions d'utilisation des ordonnances données verbalement;
- prévoient un mécanisme de vérification de la validité ou de l'authenticité du prescripteur;
- dressent la liste des éléments que doit comprendre une ordonnance donnée verbalement pour être complète;
- décrivent dans quelles situations il est permis de donner verbalement des ordonnances;
- recensent avec précision les personnes habilitées à envoyer et à recevoir des ordonnances données verbalement;
- fournissent des lignes directrices pour communiquer clairement et efficacement les ordonnances qui doivent être données verbalement.

- Les dirigeants des organismes de soins de santé doivent promouvoir une culture dans laquelle il est acceptable et fortement recommandé que le personnel fasse part de ses doutes aux prescripteurs concernant tout problème ou désaccord avec les ordonnances données verbalement. Le personnel doit résoudre toute question relative à une ordonnance avant de préparer, de délivrer ou d'administrer le médicament.

- On ne doit PAS accepter, sous aucune considération, les ordonnances d'agents anticancéreux données verbalement. Ces médicaments ne sont pas administrés dans les cas d'urgence ni les situations pressantes, et leur marge de sécurité est très faible.

- Une ordonnance donnée verbalement doit comprendre notamment :
  - le nom du patient;
  - son âge et son poids, si cela est pertinent;
  - le nom du médicament;
  - sa forme (p. ex., comprimés, capsules, inhalants);
  - sa force ou sa concentration exacte;
  - sa posologie, sa fréquence et sa voie d'administration;
  - sa quantité et (ou) sa durée d'utilisation;
  - son but ou son indication (sauf si le prescripteur considère qu'il ne convient pas de le mentionner);
  - son mode d'emploi précis;

- le nom du prescripteur et son numéro de téléphone, au besoin;
- le nom de la personne qui transmet l'ordonnance, s'il diffère de celui du prescripteur.

- La teneur d'une ordonnance donnée verbalement doit être communiquée clairement.
  - Confirmer le nom du médicament selon l'une des méthodes suivantes :
    - en l'épelant;
    - en donnant son nom commercial et générique;
    - en précisant quelle est son indication.

- Pour éviter toute confusion dans les chiffres, une dose de 10 mg, par exemple peut être dictée comme suit : « dix milligramme; un, zéro milligrammes » afin de la distinguer d'une dose semblable à l'audition comme « six milligrammes; zéro, six milligrammes ».
  - On doit transmettre sans abréviation les directives d'utilisation. Par exemple, pour « 1 comprimé *tid* », dicter comme suit : « Prendre/donner un comprimé trois fois par jour ».

- On doit répéter toute l'ordonnance donnée verbalement au prescripteur ou à la personne qui transmet l'ordonnance, conformément à la méthodologie décrite aux présentes.

- Toute ordonnance donnée verbalement doit être consignée immédiatement à l'écrit et signée par la personne qui la reçoit.

- Elle doit ensuite être versée au dossier médical du patient, examinée et contresignée par le prescripteur dans les plus brefs délais.

Au cours de l'examen de la réglementation des techniciens en pharmacie par le CCRPS, de nombreux répondants ont souligné la nécessité d'adopter de tels protocoles. Ces derniers remettaient par ailleurs en question le fait de permettre aux techniciens en pharmacie autorisés de recevoir des ordonnances données verbalement.

Il est tout à fait indiqué de remettre en question la transmission verbale des ordonnances. La majorité des professionnels de la santé affirment que cette pratique doit être évitée, en raison des risques d'inexactitude qu'elle présente. [*Traduction*][53]

School of Health Sciences du Collège Humber

[53] Observations présentées au CCRPS, juin 2005

Selon la recommandation d'Action Cancer Ontario au CCRPS, seuls les pharmaciennes et pharmaciens, et non les techniciennes et techniciens en pharmacie, devraient être habilités à recevoir une ordonnance donnée au téléphone ou verbalement pour tout agent anticancéreux, en raison de la prudence à exercer avec ces préparations hautement toxiques. L'Association canadienne des chaînes de pharmacies cite les directives de l'American Society of Hospital Pharmacists[54] à cet égard :

> Selon l'ASHP, dans le but d'éviter les erreurs, seuls les médecins, les pharmaciennes et pharmaciens et les infirmières et infirmiers devraient être habilités à dicter et à recevoir des ordonnances et des prescriptions données verbalement. Dans de nombreux cas, les différences entre les médicaments sont subtiles et pas nécessairement apparentes, même pour l'œil exercé d'une praticienne ou d'un praticien des plus chevronnés.
>
> Les risques d'erreur sont d'autant plus élevés que la méthode verbale repose sur la mémoire et les capacités de chacun à communiquer et à prononcer. Les questions des autres fournisseurs de soins de santé sur un aspect du traitement d'un particulier peuvent souvent sembler futiles ou sans importance au cours de l'échange. [...] Les lignes directrices élaborées pour aider à éliminer les erreurs et à améliorer la sécurité des patients en ce qui concerne les ordonnances données verbalement comprennent, la restriction du nombre de praticiennes et praticiens habilités à recevoir des ordonnances données verbalement. [*Traduction*]

Le CCRPS souligne que la transmission verbale des ordonnances et prescriptions peut compromettre la sécurité des patients. D'ailleurs, en cette ère électronique, il est difficile à comprendre qu'une telle pratique perdure, sauf dans les cas d'extrême urgence. Le CCRPS remarque également des disparités entre les méthodes des ordres à cet égard. Ainsi, la déclaration de principes de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario concernant la prévention des erreurs de médicaments ne fait aucunement mention des ordonnances données verbalement.

L'Ordre des pharmaciens de l'Ontario prévoit des dispositions sur la sécurité en matière de médicaments, mais ne traite pas directement des ordonnances données verbalement dans ses références en ligne sur les pratiques de prescription. L'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario aborde quant à lui de manière précise la communication verbale des ordonnances dans ses normes d'exercice. En ce qui a trait à la réglementation des techniciens en pharmacie, le CCRPS recommande de ne pas les habiliter à recevoir des ordonnances données verbalement. Cette question est d'ailleurs traitée de façon plus approfondie au chapitre 4 du présent rapport à l'intention du ministre. Le CCRPS recommande en outre ce qui suit :

---

[54] American Society of Hospital Pharmacists, Am. J. Hosp. Pharm., 1993.

71. Que les protocoles relatifs aux ordonnances données verbalement soient décrits en détail, individuellement et collectivement, par l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario et tout autre organisme de réglementation dont les membres sont autorisés à prescrire des médicaments, notamment, l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, l'Ordre royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario, l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, ainsi que l'Ordre des sages-femmes de l'Ontario.

15.2 Règlement sur les médicaments pour les prescripteurs qui ne sont pas des médecins

Les questions liées aux règlements touchant la prescription de médicaments par des prescripteurs qui ne sont pas des médecins ont également été portées à l'attention du CCRPS.

En janvier 2004, l'Ordre des sages-femmes de l'Ontario a proposé de modifier son règlement sur les médicaments, lorsqu'il y a eu risque de pénurie d'un médicament essentiel à l'échelon provincial. L'approbation, pourtant requise en toute vitesse, a été reçue neuf mois plus tard.[55] Après une telle expérience, l'Ordre a recommandé que son règlement sur les médicaments soit modifié de manière à énumérer des catégories de médicaments, et non des médicaments précis, afin de s'assurer que les sages-femmes pourraient exercer tout en respectant les normes actuelles en soins obstétriques.

En février 2002, l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario a présenté des règles visant à modifier son règlement sur les médicaments pour l'exercice des infirmières autorisées et infirmiers autorisés de la catégorie spécialisée. Elles ont été approuvées en août 2004. Dans le but de faciliter l'approbation éventuelle de la liste de 2002, l'Ordre en a retiré plusieurs médicaments, à la demande du ministère, dont le chlorhydrate de bupropion – mieux connu sous le nom de Zyban –, utilisé pour cesser de fumer.[56]

L'Ordre commente en ces termes :

> Le processus d'approbation actuel du règlement sur les médicaments pour l'exercice des infirmières autorisées et infirmiers autorisés de la catégorie spécialisée fait obstacle à la prestation des traitements les plus récents et complets, par les infirmières praticiennes et infirmiers praticiens en soins primaires dans tous les contextes d'exercice : soins de longue durée, cliniques externes des hôpitaux publics (p. ex., urgence et soins ambulatoires), bureaux de santé publique et cabinets de médecine familiale). À moins que d'importantes révisions ne soient apportées au processus d'approbation de la prescription de médicaments, le problème s'envenimera considérablement avec la réglementation du rôle des infirmières praticiennes et infirmiers praticiens en soins actifs. [*Traduction*][57]

[55] Observations présentées au CCRPS, mai 2005.
[56] Lettre de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario au président du CCRPS, novembre 2005.
[57] Lettre de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario au président du CCRPS, novembre 2005.

Encore une fois, il est instructif de jeter un coup d'œil aux mesures prises par d'autres territoires de compétence afin d'éliminer les obstacles à la réglementation, tout en maintenant une supervision appropriée.

En Colombie-Britannique, les infirmières praticiennes et infirmiers praticiens ont obtenu le vaste pouvoir de prescrire, d'administrer ou d'ordonner que soit délivré tout médicament énuméré à l'annexe I ou II du Drug Schedules Regulation de la province. (Les médicaments de l'annexe I sont délivrés sous ordonnance et par une pharmacienne ou un pharmacien; ceux de l'annexe II doivent être conservés dans l'aire de services professionnels d'une pharmacie auquel le public n'a pas accès afin que les patients ne puissent les choisir eux-mêmes.)

Les infirmières praticiennes et les infirmiers praticiens de la Saskatchewan ont obtenu le vaste pouvoir de prescrire et de délivrer les médicaments énumérés dans le formulaire du régime d'assurance-médicaments du ministère de la Santé de la Saskatchewan, comme il est précisé dans les règlements de la Saskatchewan Registered Nurses Association.

Au début de 2005, le United Kingdom Department of Health a annonçé que les infirmières ou infirmiers et pharmaciennes ou pharmaciens qui assument une fonction de prescripteur indépendant seraient habilités à prescrire des drogues désignées, à l'exception des drogues homologuées.

En Ontario, les professionnels qui partagent l'acte réservé de prescrire des médicaments, à l'exception des médecins, doivent maintenant s'en tenir à la prescription de médicaments précis, nommés distinctement dans le règlement. Une telle démarche pourrait défavoriser la pratique coopérative et le travail en milieu multidisciplinaire comme celui que font les équipes Santé familiale. Elle pourrait également restreindre les capacités de mettre en pratique les innovations émergentes dans le domaine de la pharmacothérapie, les directives cliniques les plus récentes, les progrès technologiques et l'utilisation d'agents pharmacologiques plus économiques.

Cet aspect est également abordé dans les recommandations du CCRPS à l'égard des optométristes qui prescrivent des agents pharmaceutiques aux fins de traitement, dans le chapitre 3 du présent rapport.

72. Le CCRPS croit qu'il est indiqué de procéder à un examen plus approfondi de la liste de médicaments que contient chaque règlement régissant des professions de la santé, autres que celle de médecin, qui sont autorisées à prescrire des médicaments. Nous proposons d'entreprendre cet examen et de formuler nos conseils au ministre d'ici novembre 2006.

15.3 Lois, règlements et lignes directrices

Les lois forment le contexte et le cadre politique et juridique pour les professions de la santé réglementées de l'Ontario. Elles ne peuvent être modifiées simplement ou rapidement. Un règlement est utilisé le plus couramment, lorsque les lois passent sous silence une question qui doit

être abordée de façon précise, ou la traitent de façon générale. Dans le meilleur des cas, le processus d'approbation d'un règlement peut prendre beaucoup plus qu'un an. Dans les situations où l'on attend des praticiennes et praticiens qu'ils restent au fait des plus récents développements dans leur domaine, qui surviennent à un rythme effréné, les ordres délaissent de plus en plus les règlements et ont plutôt recours à des lignes directrices, à des politiques, à des règles ou à des normes comme mécanisme de gouvernance. Bien que les normes d'exercice ne soient pas toutes consignées, des politiques plus importantes sont publiées dans l'espoir qu'elles seront intégrées l'exercice des membres.

Les ordres tiennent souvent compte de l'évolution technologique, des nouveaux progrès dans l'établissement de diagnostics, des développements touchant les pratiques professionnelles et des conditions d'exercice changeantes pour définir leurs règles et leurs normes, afin de veiller à ce que leurs membres connaissent les pratiques exemplaires les plus récentes et en rendent compte. Les questions abordées par de telles mesures peuvent être aussi variées que la tenue de dossier ou la gestion de la méthadone. Pour les membres, le non-respect des normes d'exercice d'une profession peut être entraîner une faute professionnelle ou une poursuite au civil.

Un règlement est une forme de loi; il a force exécutoire et constitue en ce sens un mécanisme d'exécution. Les lignes directrices, les règles et les normes qui ne font pas partie d'un règlement ont cependant un effet juridique incertain, et peuvent ne pas être exécutoires, à moins d'être précisément mentionnées dans le règlement. Dans son article du mois de mars 2004 intitulé *The Legal Effect of Standards and Guidelines*, Richard Steinecke traite de la question de l'utilisation des lignes directrices au lieu de règlements dans les professions autoréglementées :[58]

> La plupart des organismes de réglementation publient des documents non officiels à l'intention de leurs membres. Il peut s'agir de normes d'exercice, de codes, de paramètres d'exercice, ou d'énoncés de position. Habituellement, ces documents officieux offrent de l'aide aux membres en ce qui a trait à l'exercice, à la déontologie, aux attentes de l'organisme de réglementation et même aux développements juridiques. Toutefois, à moins que ces documents ne soient promulgués par un règlement ou une forme similaire de législation déléguée, ils n'ont pas « force exécutoire ». [*Traduction*]

En juillet 2003, la Cour divisionnaire de l'Ontario a confirmé les conclusions du comité de discipline de l'Ordre des chiropraticiens de l'Ontario concernant l'évaluation, la réévaluation et la tenue de dossier, et s'en est remis, dans sa décision aux normes d'exercice publiées par l'ordre sur la tenue de dossier, de même que sur les témoignages d'experts concernant l'évaluation et la réévaluation.[59]

[58] www.sml-law.com/publications/newsletters-detail.asp?DocID=4687
[59] Ressel, Ordre des chiropraticiens de l'Ontario, Cour divisionnaire de l'Ontario, 25 juillet 2003.

De nombreux ordres se sont dit préoccupés à l'effet que, si elles n'étaient pas intégrées à un règlement ou confirmées par un tribunal à l'issue de procès longs et coûteux, leurs normes d'exercice n'étaient pas exécutoires. Le CCRPS propose d'examiner la possibilité que des mécanismes plus souples et opportuns que des règlements puissent faire en sorte que les lignes directrices et les politiques publiées (tout particulièrement celles qui ont trait à l'exercice clinique) soient rendues exécutoires, dans le respect de l'intérêt du public. Certaines prémisses de solutions de rechange soumises par d'autres professions autoréglementées de l'Ontario ont été portées à l'attention du CCRPS.

- La Commission des valeurs mobilières de l'Ontario (CVMO) a été habilitée à établir ses règles en vertu de la *Loi de 1994 modifiant la Loi sur les valeurs mobilières*. En déléguant cette autorité à la CVMO, l'Assemblée législative lui a conféré le pouvoir d'utiliser ses compétences afin de créer les règles détaillées nécessaires pour se conformer aux objectifs de la *Loi sur les valeurs mobilières*. Depuis, les règles établies en vertu de cette loi sont exécutoires, et toute personne ou société qui les enfreint est assujettie à des mesures coercitives.

- Les avocats et les forestiers professionnels sont quant à eux expressément autorisés par la loi à établir des règlements sur les normes d'exercice sans devoir les faire examiner ni approuver par le ministre ou le lieutenant-gouverneur en conseil. Par ailleurs, la *Loi de 1994 sur l'expertise comptable* autorise le Conseil des experts-comptables de la province de l'Ontario à élaborer des normes pour la profession. Avant d'arrêter la version définitive d'une norme, le Conseil doit la soumettre au ministre. Si ce dernier ne présente pas d'objection écrite dans les 60 jours qui suivent, la norme sera considérée comme étant adoptée et aura le même pou voir exécutoire qu'un règlement.

- Enfin, la *Loi de 2000 sur les géoscientifiques professionnels* habilite le conseil régissant la profession à établir des règlements sur les normes d'exercice; ces derniers sont toutefois assujettis à l'approbation du ministre. À l'instar des professionnels de la santé, les vétérinaires, les architectes et les ingénieurs sont eux aussi habilités à établir des règlements sur les normes d'exercice, lesquels assujettis à l'approbation du lieutenant-gouverneur en conseil.

73. Le CCRPS propose d'entreprendre un examen consultatif pour établir s'il y a lieu d'apporter certains changements afin que les politiques et les lignes directrices des ordres soient à jour, qu'elles tiennent compte des pratiques exemplaires et qu'elles aient également force exécutoire. Au cours de cet examen, le CCRPS relèvera les options appropriées et préparera son avis qu'il soumettra à l'étude du ministre.

15.4 Réglementation des nouvelles professions

La réglementation des professionnels de la santé en vertu de la *LPSR* permet de garantir que les gens qui fournissent des services de santé

respectent les normes professionnelles, et qu'il existe un recours s'ils ne le font pas. La plupart des membres d'une profession de la santé réglementée rencontrent les patients ou les clients en personne, et une grande partie du contexte réglementaire a trait aux visites entre patient et professionnel.

Relations avec les patients

Plusieurs membres de professions actuellement réglementées ne traitent pas directement avec les patients ou les clients, mais les actes qu'ils posent présentent des risques, et on attend d'eux qu'ils réussissent des examens de compétences rigoureux. La *LPSR* est suffisamment souple pour s'adapter à ces professions.

Le CCRPS prévoit que d'autres professions qui fournissent des services de santé intégraux mais dont les membres n'ont pas de relation professionnel-patient directe chercheront à devenir réglementées en vertu de la *LPSR*.

Des professionnels qui prodiguent des services d'importance fondamentale pour la gestion des dossiers de santé, par exemple, ont fait part au CCRPS de la nécessité de veiller à ce que les personnes qui travaillent dans ce domaine soient formées adéquatement, qu'elles participent à des programmes mandatés d'amélioration de la qualité, et que le perfectionnement de leurs compétences fasse partie intégrante de leur vie professionnelle. Dans un domaine qui évolue rapidement et où le soutien clinique doit être élevé, il convient que le CCRPS étudie les avantages de la réglementation pour ces fournisseurs de services de santé.

Les scientifiques cliniques, les spécialistes en diagnostic et d'autres professions ont suggéré que leur réglementation en vertu de la *LPSR* serait la meilleure méthode pour assurer la qualité et la responsabilisation. La *LPSR* est le mécanisme auquel a recours l'Ontario pour réglementer les professionnels de la santé et veiller à ce que l'intérêt du public soit la priorité. Le CCRPS est convaincu que lorsque les examens essentiels auront été réussis, la *LPSR* sera l'instrument appropriée pour réglementer les professionnels de la santé, peu importe s'ils ont des contacts directs et immédiats avec leurs patients ou clients.

Efficacité

Au cours de l'examen des questions soulevées par le ministre, le CCRPS a cerné de nouveaux défis. La question de savoir si une profession devait prouver l'efficacité de ses traitements ou de ses modalités avant de pouvoir ou de devoir être réglementée a soulevé des problèmes quant à la réglementation des praticiennes et des praticiens de médecine complémentaire et parallèle. De l'avis du CCRPS, il était de toute première importance d'établir si les patients ou clients peuvent faire confiance à la méthode thérapeutique proposée par des thérapeutes de médecine parallèle. Dans la pratique de l'homéopathie, par exemple, on n'a pas recours à des essais cliniques, parce que la profession s'appuie sur des tests de médicaments fondés sur une vision holistique des soins de santé et sur la « loi des semblables », selon l'observation de chaque patient.

Le CCRPS a conclu qu'en bout de ligne, le rôle de la LPSR n'est pas de réglementer une thérapie ni un[illegible]démarche thérapeutique. Elle réglemente cependant les personnes qui pratiquent une forme de soins de santé – qu'il s'agisse de médecine conventionnelle, complémentaire ou parallèle – et constitue un mécanisme de protection pour les patients ou clients qui choisissent une praticienne ou un praticien de médecine complémentaire ou parallèle comme premier fournisseur de soins.

16. Aller de l'avant

Lorsque la *LPSR* a été promulguée, c'était une législation innovatrice. Les recommandations soumises dans le présent rapport assureront qu'elle continue à maintenir l'Ontario dans le peloton de tête en matière de réglementation des professions de la santé. Les professionnels des soins de santé de l'Ontario doivent être munis des outils nécessaires pour suivre le rythme de l'évolution de la prestation des soins de santé. Les révisions que nous suggérons d'apporter à la *LPSR* dans le présent rapport aideront les professionnels de la santé de l'Ontario à réagir aux nouvelles normes, et les ordres à gérer efficacement et rapidement leurs responsabilités à l'égard de la protection de l'intérêt public. Elles aideront les professionnels à travailler dans des environnements coopératifs et multidisciplinaires. Elles permettront également aux Ontariennes et aux Ontariens de continuer à choisir – dans un cadre éclairé et sécuritaire.

17. Résumé des recommandations

1. Que le paragraphe 1 (1) de l'annexe 2, Code des professions de la santé, soit modifié par l'ajout de la définition suivante :

   « programme d'information du public » Programme visant à aider les particuliers à exercer leurs droits aux termes du présent code et de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*. et à améliorer les relations au sein de l'ordre et entre celui-ci et les autres ordres, les membres, les plaignants et le public

2. Que le paragraphe 1 (1) de l'annexe 2, Code des professions de la santé, soit modifié par la suppression de la définition de « programme d'assurance de la qualité » et son remplacement par la définition suivante :

   « programme d'assurance de la qualité » Programme visant à assurer la qualité de l'exercice de la profession et à promouvoir l'évaluation, l'amélioration et le maintien continus de la compétence parmi les membres.

3. Que l'article (3) de l'annexe 2, Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

   Objets de l'ordre

   3. (1) Les objets de l'ordre sont les suivants :

      1. Réglementer l'exercice de la profession et régir l'activité des membres conformément à une loi sur une profession

de la santé, au présent code et à la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, ainsi qu'aux règlements et règlements administratifs.

2. Élaborer et maintenir :

   (a) des normes d'admissibilité applicables aux person nes auxquelles un certificat d'inscription est délivré;

   (b) des programmes et des normes d'exercice pour assurer la qualité de l'exercice de la profession;

   (c) des normes de connaissance et de compétence ainsi que des programmes pour promouvoir l'évaluation, l'amélioration et le maintien continu de la compétence parmi les membres et pour aborder les préoccupations et des plaintes des patients, les changements qui surviennent dans les contextes où les professions sont exercées, les progrès technologiques et les autres situations nouvelles;

   (d) des normes de déontologie applicables aux membres;

   (e) des programmes visant à aider les particuliers à exercer leurs droits aux termes du présent code et de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*

3. Appliquer la loi sur une profession de la santé, le présent code et la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* dans la mesure où elle se rapporte à la profession, et exercer les autres fonctions qui lui sont imposées et les autres pouvoirs qui lui sont conférés.

4. Promouvoir une collaboration interprofessionnelle avec les autres ordres en ce qui a trait aux questions touchant deux ou plusieurs professions de la santé, y compris, sans limiter la portée générale de la présente disposition de cet objet, en ce qui concerne tout élément se rapportant :

   (a) aux normes d'admissibilité, de connaissance et de compétence relatives à l'exécution d'actes autorisés semblables ou partagés,

   (b) aux programmes et aux normes d'exercice visant à assurer la qualité de l'exécution d'actes autorisés semblables ou partagés,

   (c) aux programmes visant à promouvoir une évaluation, une amélioration et un maintien continus de la compétence dans l'exécution d'actes

autorisés semblables ou partagés et à aborder les préoccupations et les plaintes des patients, les changements qui surviennent dans les contextes où les professions sont exercées, les progrès technologiques et les autres situations nouvelles,

(d) aux enquêtes communes sur les professionnels de la santé réglementés qui exercent la profession dans des contextes multidisciplinaires.

5. Poursuivre tout autre objet ayant trait aux soins des êtres humains que le conseil juge souhaitable.

Obligation

(2) Dans la poursuite de ses objets, l'ordre est tenu de servir et de protéger l'intérêt public.

4. Que le paragraphe 10. (1) de l'annexe 2, Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

10. (1) L'ordre a les comités suivants :
1. Le bureau
2. Le comité d'inscription
3. Le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports
4. Le comité de discipline
5. Le comité d'aptitude professionnelle
6. Le comité de la qualité

5. Que le paragraphe 11. (1) de l'annexe 2, Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

Chacun des comités mentionnés au paragraphe 10 (1) surveille et évalue périodiquement ses processus et ses résultats et présente tous les ans un rapport sur ses activités au conseil, dans le format précisé par ce dernier.

6. Que le paragraphe 11. (2) de l'annexe 2, Code des professions de la santé soit abrogé.

7. Que le paragraphe 15 (2) de l'annexe 2, Code des professions de la santé soit modifié par l'ajout du paragraphe suivant :

il a des doutes, en se fondant sur des motifs raisonnables d'après la conduite passée et présente de l'auteur de la demande, sur le fait que ce dernier exercera sa profession du domaine de la santé conformément aux lois ou avec décence, intégrité et honnêteté.

8. Que l'article 80 de l'annexe 2, Code des professions de la santé soit modifié par l'ajout du paragraphe suivant :

(2) Le programme d'assurance de la qualité comporte les éléments suivants :

(a) les critères d'admission à la profession,

(b) les normes d'exercice,

(c) la formation continue et le perfectionnement professionnel voulus pour promouvoir le maintien de la compétence parmi les membres et pour aborder les changements qui surviennent dans les contextes où les professions sont exercées, les normes cliniques, les progrès technologiques et les autres situations nouvelles

(d) les auto-évaluations, les évaluations par les pairs et les évaluations de l'exercice de la profession,

(e) la surveillance de la participation des membres au programme d'assurance de la qualité et de leur conformité à ce programme,

(f) l'évaluation ou la surveillance des données concernant les plaintes et les rapports, les processus d'évaluation et de remédiation et les exigences en matière de compétence afin de promouvoir une amélioration systémique,

(g) la collaboration interprofessionnelle en ce qui a trait à la prestation de soins de qualité, à l'amélioration continue des soins et de la sécurité des patients ou à toute question décrite aux alinéas a) à g) dans la mesure où elle touche l'exécution d'actes autorisés semblables ou partagés.

9. Que le paragraphe 83 (3) de l'annexe 2, Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

Renvoi au comité des enquêtes, des plaintes et des rapports

(3) Si le comité de la qualité est d'avis, en se fondant sur une évaluation, qu'un membre a pu commettre une faute professionnelle ou qu'il peut être incompétent ou frappé d'incapacité, il peut communiquer au comité des enquêtes, des plaintes et des rapports son nom, ainsi que les allégations faites contre lui.

10. Que l'article 83.1 de l'annexe 2, Code des professions de la santé soit modifié par l'ajout du paragraphe suivant :

Ordonnances du comité de la qualité

(9) Le comité de la qualité peut faire ce qui suit :

1. Exiger du membre qu'il participe à un programme de formation continue ou de remédiation précis ou à une autoévaluation, à une évaluation par les pairs ou à une évaluation de son exercice de la profession.

2. Surveiller les progrès du membre à l'égard du programme ou de l'évaluation précisé et reconsidérer l'exercice de la profession par le membre à l'issue du programme ou de l'évaluation.

3. Déférer le dossier du membre au comité des enquêtes, des plaintes et des rapports s'il n'a pas collaboré avec le comité de la qualité ou avec l'un ou l'autre de ses évaluateurs ou s'il n'a pas participé au programme d'assurance de la qualité ou à un programme ou une évaluation précise.

11. Que les articles 84 et 85 de l'annexe 2, Code des professions de la santé soient abrogés et remplacés par ce qui suit :

84. (1) L'ordre offre un programme d'information du public.

(2) Le programme d'information du public comprend les éléments suivants :

(a) des programmes visant à aider les particuliers à exercer leurs droits aux termes du présent code et de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*,

(b) des mesures visant à améliorer les relations au sein de l'ordre et entre celui-ci et les autres ordres, les membres, les plaignants et le public, y compris, sans s'y limiter :

vii. les avis signifiés aux plaignants et aux membres,

viii. les relations avec l'employeur et l'établissement,

ix. les relations avec les médias,

x. le tableau public, les audiences publiques et les publications sur Internet,

xi. les rapports remis au ministre et au Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé,

xii. la collaboration interprofessionnelle avec les autres ordres.

(c) des mesures visant à prévenir les mauvais traitements d'ordre sexuel à l'égard des patients, ou à traiter de ceux-ci.

(3) Les mesures visant à prévenir les mauvais traitements d'ordre sexuel à l'égard des patients ou à traiter de ceux-ci doivent porter sur ce qui suit :

(a) les exigences en matière d'éducation auxquelles doivent satisfaire les membres;

(b) les principes directeurs régissant la conduite des membres avec leurs patients;

(c) la formation à donner au personnel de l'ordre;

(d) la communication de renseignements au public.

(4) Le conseil remet au Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé un rapport écrit décrivant le programme d'information du public et, chaque fois que des modifications y sont apportées, un rapport écrit décrivant celles-ci.

85. Chaque comité de l'ordre donne au conseil des conseils sur le programme d'information du public

12. Que le paragraphe 85.7 (3) de l'annexe 2, Code des professions de la santé soit abrogé.

13. Que les mots « comité des plaintes » apparaissant dans la *LPSR* ou dans le Code des professions de la santé soient remplacés par les mots « comité des enquêtes, des plaintes et des rapports » et que les mots « comité d'assurance de la qualité » apparaissant dans la *LPSR* ou dans le Code des professions de la santé soient remplacés par les mots « comité de la qualité ».

14. Que l'article 6 de la *LPSR* soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

(1) Chacun des ordres présente au ministre, dans les délais et le format précisés par ce dernier, les plans, les rapports, les états financiers, y compris les états financiers vérifiés, de même que les renseignements dont le ministre a besoin aux fins de l'administration de la présente Loi ou aux fins des activités de gestion, d'évaluation, de surveillance, d'affectation de ressources ou de planification touchant la totalité ou une partie du système de santé, y compris la prestation de services et la planification des ressources humaines dans le domaine de la santé.

(2) Le Conseil consultatif présente chaque année au ministre un rapport sur ses activités et sa situation financière.

(3) Chaque ordre recueille auprès de ses membres, et chacun des membres fournit à l'ordre les renseignements nécessaires pour présenter au ministre les rapports prévus au paragraphe (1) et au Conseil consultatif les rapports prévus à l'article 11.

(4) Chaque ordre publie sur son site Web les renseignements généraux suivants (sans s'y limiter) :

(g) ses rôles, ses responsabilités, ses programmes et ses processus;

(h) les champs d'exercice des professions de la santé qu'il régit;

(i) l'utilisation des titres par ses membres;

(j) ce qui constitue une faute professionnelle de la part de ses membres;

(k) comment accéder à la partie publique du tableau;

(l) tout autre renseignement de nature générale exigé par le ministre.

(5) Chaque ordre doit publier sur son site Web, dans les délais et le format précisés par le ministre, ses états financiers vérifiés et ses renseignements généraux et statistiques relatifs :

(a) aux examens et audiences concernant l'inscription;

(b) aux examens et audiences concernant les plaintes;

(c) discipline hearings;

(d) aux évaluations d'aptitude professionnelle;

(e) aux évaluations d'assurance de la qualité;

(f) à tout autre programme et processus précisés par le Ministre.

15. Que le paragraphe 23 (3) de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

(3) Quiconque peut obtenir, pendant les heures de bureau normales, et sur le site Web de l'ordre, les renseignements suivants figurant au tableau :

1. Les renseignements visés aux alinéas (2) (a), (b), (c), (d.1) et (d.2).

2. Les renseignements visés à l'alinéa (2) d) en ce qui concerne une suspension qui est en vigueur.

2.1 Les renseignements visés à l'alinéa (2) d.3) en ce qui concerne une révocation ou une suspension qui est en vigueur.

3. L'issue de chaque procédure disciplinaire et de chaque procédure pour incapacité :

i. dans laquelle le certificat d'inscription d'un membre a été révoqué ou suspendu ou a été assorti de conditions ou de restrictions,

ii. dans laquelle un membre a été tenu de verser une amende ou de comparaître pour être réprimandé ou dans laquelle une ordonnance a été suspendue si un sous-comité du comité de discipline ou du comité d'aptitude professionnelle a décidé que l'issue de la procédure devait être consignée au tableau.

3.1 L'issue de chaque procédure disciplinaire qui a pris fin à n'importe quel moment avant la date à laquelle le tableau a été dressé ou mis à jour la dernière fois, au cours de laquelle il a été conclu qu'un membre a infligé des mauvais traitements d'ordre sexuel au sens des alinéas 1 (3) (a) ou (b).

3.2 Les renseignements visés à l'alinéa (2) (e.1) qui ont trait aux appels des conclusions du comité de discipline.

4. Les renseignements désignés comme étant de nature publique dans les règlements administratifs.

16. Que le paragraphe 23 (6) de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

(6) Le registrateur fournit à une personne, moyennant le versement de frais raisonnables, une copie de tous les renseignements sur papier ou électroniques figurant au tableau qu'elle est autorisée à obtenir.

17. Que le paragraphe 56 (1) de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

Publication des décisions

(1) L'ordre doit publier la décision motivée du sous-comité, ou la décision et un résumé des motifs à l'appui de celle-ci, sur son site Web dès que la décision est rendue, et dans son rapport annuel. Il peut publier la décision motivée ou la décision et le résumé des motifs dans n'importe quelle autre de ses publications.

18. Que le paragraphe 23 (2) de l'annexe 2, Code des professions de la santé soit modifié par l'ajout d'un nouvel alinéa, comme suit :

une indication de chaque plainte et rapport déposé auprès de l'ordre et du règlement de la plainte et du rapport.

19. Que le paragraphe 25 (1) de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

Enquêtes sur les plaintes et rapports

25. (1a) Toute plainte relative à la conduite ou aux actes d'un membre qui est déposée auprès du comité des enquêtes, des plaintes et des rapports doit faire l'objet d'une enquête par

le personnel de l'ordre à la demande d'un sous-comité choisi par le président du comité.

(1b) Le sous-comité doit surveiller les progrès de l'enquête, demander des renseignements supplémentaires au besoin et tenir compte des résultats de l'enquête.

(1c) Si une plainte ou un rapport concerne un service fourni dans un environnement multidisciplinaire, l'enquêteur peut tenir une enquête sur la plainte ou le rapport, ou y participer, avec un ou plusieurs enquêteurs nommés par d'autres ordres, et il peut partager des renseignements avec les autres enquêteurs aux fins de l'enquête.

20. Que le paragraphe 25 (2) de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

(2) Le sous-comité se compose d'au moins trois membres du comité des enquêtes, des plaintes et des rapports, dont au moins une personne nommée par le lieutenant-gouverneur en conseil.

21. Que le paragraphe 25 (4) de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

(4) Une plainte doit être présentée par écrit ou enregistrée sur une bande, un film, un disque ou un autre support pour être examinée par un sous-comité.

22. Que le paragraphe 25 (5) de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

Avis adressé au membre

(5) Le sous-comité avise immédiatement de la plainte ou du rapport et des dispositions du paragraphe 26 (1) le membre qui fait l'objet de la plainte ou du rapport.

Avis adressé au plaignant ou à la personne qui dépose un rapport

(6) Le sous-comité remet au plaignant ou à la personne qui a déposé la plainte ou le rapport un avis écrit accusant réception de la plainte ou du rapport, une explication générale des procédures suivies par l'ordre pour le traitement de la plainte ou du rapport et la date prévue du règlement de la plainte ou du rapport.

23. Que le paragraphe 26 (2) de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

Pouvoirs du sous-comité

(2) Après avoir étudié les résultats d'une enquête concernant une plainte ou un rapport, ainsi que les observations du membre, et avoir examiné ou avoir fait des efforts raisonnables pour examiner tous les documents et éléments d'information qui, selon lui,

se rapportent à la plainte ou au rapport, le sous-comité peut prendre l'une ou l'autre, ou plusieurs, des mesures suivantes :

1. Renvoyer toute allégation précisée de faute professionnelle ou d'incompétence du membre au comité de discipline, si elle se rapporte à la plainte ou au rapport.

2. Adresser le membre au comité d'aptitude professionnelle aux fins de procédures pour incapacité.

3. Exiger du membre qu'il se présente devant le sous-comité pour recevoir un avertissement.

4. Exiger du membre qu'il suive un programme d'éducation permanente ou de redressement précis.

5. Exiger du membre qu'il se soumette à un examen de son état physique ou psychologique ou de son exercice pratique, ou à toute autre évaluation.

6. Accepter un engagement volontaire de la part du membre.

7. Faciliter et surveiller les progrès de tout autre processus de règlement à l'amiable conclu entre le plaignant et le membre avant de renvoyer une allégation au comité de discipline ou un membre au comité d'aptitude professionnelle.

8. Prendre toute mesure qu'il estime opportune et qui n'est pas incompatible avec la loi sur une profession de la santé, le présent code, les règlements ou les règlements administratifs.

24. Que le paragraphe 26 (3) de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé.

25. Que le paragraphe 27 (2) de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

Avis de décision

27. Le sous-comité donne au plaignant et au membre qui fait l'objet de la plainte les documents suivants :

(a) une copie de sa décision;

(b) une copie du texte des motifs, si le sous-comité a décidé de ne prendre aucune mesure à l'égard de la plainte ou de prendre la mesure prévue aux dispositions 3, 4, 5, 6 ou 8 du paragraphe 26 (2);

(c) un avis informant le membre et le plaignant de tout droit de demander un réexamen qui peut leur être conféré en vertu du paragraphe 29 (2).

26. Que le paragraphe 28 (2) de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

28. (1) Le sous-comité doit faire son possible pour statuer sur la plainte dans les 150 jours qui suivent son dépôt par écrit.

(2) Si le sous-comité n'a pas statué sur la plainte dans les 150 jours suivant son dépôt, il transmet au plaignant et au membre un avis écrit précisant les motifs du retard ainsi que la date prévue du règlement.

(3) Si le sous-comité n'a pas statué sur une plainte à la date de règlement prévue au paragraphe 28 (2), il transmet au plaignant et au membre un avis écrit faisant état des progrès de l'enquête sur la plainte et de la nouvelle date prévue pour le règlement tous les trente jours, jusqu'à ce que la plainte ait été réglée.

27. Que l'alinéa 26 (1) a) de la *LPSR* soit abrogé.

28. Que le paragraphe 36 (2) de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

DISCIPLINE

Renvoi par le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports

36. (1) Le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports peut renvoyer au comité de discipline toute allégation précisée de faute professionnelle ou d'incompétence d'un membre.

Allégations de mauvais traitements d'ordre sexuel

(2) Pour décider s'il y a lieu de renvoyer au comité de discipline une allégation de mauvais traitements d'ordre sexuel à l'égard d'un patient, le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports tient compte de toute opinion, exigée aux termes du paragraphe 85.3 (5), quant à la probabilité que le membre qui fait l'objet du rapport inflige des mauvais traitements d'ordre sexuel à des patients à l'avenir.

Idem

(3) Le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports renvoie au comité de discipline une obligation fondée de mauvais traitements d'ordre sexuel à l'égard d'un patient du type décrit aux sous-dispositions i, ii, iii ou iv de la disposition 2 du paragraphe 51 (5).

29. Que le paragraphe 37 (1) de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

Suspension provisoire

37. (1) Le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports peut, sous réserve du paragraphe (5), rendre une ordonnance provisoire enjoignant au registrateur de suspendre le certificat d'inscription ou de l'assortir de conditions ou de restrictions si :

(a) d'une part, une allégation est renvoyée au comité de discipline;

(b) d'autre part, il est d'avis que la conduite du membre expose ou exposera vraisemblablement ses patients à un préjudice ou à des blessures.

30. Que le paragraphe 37 (5) de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

Restrictions relatives aux ordonnances

(5) Aucune ordonnance ne peut être rendue en vertu du paragraphe (1) à l'égard d'un membre sans que le membre :

(a) ait été avisé de l'intention du comité des enquêtes, des plaintes et des rapports de rendre l'ordonnance;

(b) ait bénéficié d'un délai d'au moins quatorze jours pour présenter des observations par écrit au comité des enquêtes, des plaintes et des rapports.

31. Que l'article 57 de l'annexe 2, Code des professions de la santé soit abrogé.

32. Que l'article 58 de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

Nomination d'un évaluateur de la santé

58. (1) Le registrateur peut nommer un ou plusieurs évaluateurs de la santé pour déterminer si un membre est frappé d'incapacité si le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports a reçu par écrit une plainte ou un rapport et qu'il a demandé au registrateur de procéder à une évaluation de la santé du membre.

Avis adressé au membre

(2) Le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports avise le membre de son intention de demander la nomination d'un évaluateur de la santé pour mener une enquête afin d'établir si le membre est frappé d'incapacité avant que le registrateur ne procède à la nomination.

33. Que l'article 59 de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

Enquêtes de l'évaluateur de la santé

59. (1) L'évaluateur de la santé mène les enquêtes qu'il estime appropriées.

Examens physiques ou mentaux

(2) Si, au terme de ses enquêtes, l'évaluateur de la santé a des motifs raisonnables et probables de croire que le membre qui fait l'objet de l'évaluation est frappé d'incapacité, le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports peut exiger de lui qu'il subisse des examens physiques ou mentaux pratiqués ou ordonnés par un professionnel de la santé que l'évaluateur de la santé désigne et peut, sous réserve de l'article 63, rendre une ordonnance enjoignant au registrateur de suspendre le certificat d'inscription du membre jusqu'à ce qu'il ait subi ces examens.

34. Que l'article 60 de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

Rapport de l'évaluateur de la santé

60. L'évaluateur de la santé présente un rapport au comité des enquêtes, des plaintes et des rapports et remet une copie de celui-ci, ainsi qu'une copie de tout rapport relatif aux examens exigés aux termes du paragraphe 59 (2), au membre qui a fait l'objet de l'évaluation.

35. Que l'article 61 de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

Renvoi au comité d'aptitude professionnelle

61. Après avoir reçu le rapport d'un évaluateur de la santé, le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports peut renvoyer la question au comité d'aptitude professionnelle.

36. Que l'article 62 de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

Suspension provisoire

62. (1) Le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports peut, sous réserve de l'article 63, rendre une ordonnance provisoire enjoignant au registrateur de suspendre le certificat d'inscription d'un membre ou de l'assortir de conditions ou de restrictions si :

(a) d'une part, il a renvoyé au comité d'aptitude professionnelle une question mettant en cause le membre

(b) d'autre part, il est d'avis que l'état physique ou mental du membre expose ou exposera vraisemblablement ses patients à un préjudice ou à des blessures.

Procédure suivant la suspension provisoire

(2) Si le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports rend une ordonnance en vertu du paragraphe (1) à l'égard d'une question renvoyée au comité d'aptitude professionnelle :

(a) d'une part, l'ordre traite la question avec célérité;

(b) d'autre part, le comité d'aptitude professionnelle donne priorité à la question.

Effet de l'ordonnance :

(3) L'ordonnance prévue au paragraphe (1) demeure en vigueur jusqu'à ce que la question soit tranchée par un sous-comité du comité d'aptitude professionnelle.

37. Que l'article 63 de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

Restrictions relatives aux ordonnances

63. Aucune ordonnance ne peut être rendue à l'égard d'un membre par le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports en vertu des paragraphes 59 (2) ou 62 (1) sans que le membre :

(a) ait été avisé de l'intention du Comité de rendre l'ordonnance;

(b) ait bénéficié d'un délai d'au moins quatorze jours pour présenter des observations par écrit au Comité;

(c) ait reçu copie des dispositions de l'article 62, dans le cas d'une ordonnance émanant du Comité, prévue au paragraphe 62 (1).

38. Que l'article 75 de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

Enquêteurs

75. Le registrateur peut nommer un ou plusieurs enquêteurs chargés d'établir si un membre a commis une faute professionnelle ou est incompétent, dans les cas suivants :

(a) le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports a reçu un rapport du comité de la qualité concernant le membre et a demandé au registrateur de mener une enquête;

(b) le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports a reçu une plainte ou un rapport par écrit au sujet du membre et a demandé au registrateur de mener une enquête.

39. Que l'article 79 de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit

Rapport d'enquête

79. Le registrateur présente un rapport faisant état du résultat de l'enquête au comité des enquêtes, des plaintes et des rapports.

40. Qu'une nouvelle définition de règlement à l'amiable, formulée comme suit, soit ajoutée au Code des professions de la santé :

« processus de règlement à l'amiable » comprend la médiation, la conciliation, la négociation et tout autre moyen permettant de faciliter le règlement des questions en litige.

41. Qu'un nouvel article, formulé comme suit, soit ajouté au Code des professions de la santé :

Règlement à l'amiable

1. Un sous-comité du comité des enquêtes, des plaintes et des rapports peut instruire un plaignant et le membre qui fait l'objet de la plainte de prendre part à un processus de règlement à l'amiable dans le but de régler la plainte ou une question liée à la plainte, à moins que la plainte ne porte sur une allégation selon laquelle le membre aurait infligé des mauvais traitements d'ordre sexuel du type décrit aux sous-dispositions i, ii, iii, iv ou v de la disposition 2 du paragraphe 51 (5).

2. Tous les règlements conclus dans le cadre d'un processus de règlement à l'amiable doivent être examinés et approuvés par le sous-comité.

3. Si le sous-comité approuve un règlement, il créé par écrit un registre du processus suivi contenant, au minimum, une description du règlement conclu et des faits révélés au cours du processus, et il inscrit ce registre au tableau tenu par le registrateur.

4. Si un règlement ne peut être conclu dans le cadre d'un processus de règlement à l'amiable ou si le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports refuse d'approuver le règlement, les procédures normales du comité des enquêtes, des plaintes et des rapports sont engagées.

5. Un processus de règlement à l'amiable ne peut être utilisé que si :

(a) le plaignant et le membre acceptent, sur une base éclairée et volontaire, de participer au processus;

(b) le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports a produit par écrit des règles concernant le recours au processus [y compris des règles sur la divulgation complète et franche de tous les faits et sur la compréhension par le plaignant et le membre du langage utilisé];

(c) les règles stipulent qu'une personne nommée pour aider à régler une question au moyen de ce processus peut être un membre du comité des enquêtes, des plaintes et des rapports ou une personne indépendante du comité. Cependant, le membre du comité qui est nommé ne pourra ultérieurement entendre l'affaire si elle est présentée au comité des enquêtes, des plaintes et des rapports, à moins que les parties ne donnent leur consentement.

6. Aucune personne nommée pour aider à résoudre une question au moyen d'un processus de règlement à l'amiable ne peut être obligée de témoigner ou de produire des documents dans une affaire relative aux faits qui sont portés à son attention au cours de son mandat d'assistance, à l'exception d'une instance introduite en vertu de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, d'une loi sur une profession de la santé ou de la *Loi sur la réglementation des médicaments et des pharmacies* ou d'une instance concernant une ordonnance rendue en vertu des articles 11.1 ou 11.2 de la *Loi sur le régime de médicaments de l'Ontario*.

7. Aucun registre, document ou autre élément préparé en vue d'un processus de résolution à l'amiable, ni aucune déclaration faite à cet égard, n'est admissible à une instance, autre qu'une instance introduite en vertu de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, d'une loi sur une profession de la santé ou de la *Loi sur la réglementation des médicaments et des pharmacies* ou d'une instance concernant une ordonnance rendue en vertu des articles 11.1 ou 11.2 de la *Loi sur le régime de médicaments de l'Ontario*.

42. Que l'article 85.1 de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

Le membre dépose un rapport conformément à l'article 85.3 si, dans l'exercice de sa profession, il lui est donné des motifs raisonnables de croire qu'un autre membre de son ordre ou d'un autre ordre a infligé des mauvais traitements d'ordre sexuel à un patient ou qu'il a commis une faute professionnelle ou pourrait être incompétent ou inapte.

43. Que l'article 85.2 de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

La personne qui exploite ou fait fonctionner un établissement dans lequel exercent un ou plusieurs membres dépose un rapport conformément à l'article 85.3 si, dans l'exercice de sa profession, le membre a des motifs raisonnables de croire qu'un membre qui exerce dans l'établissement a infligé des mauvais traitements d'ordre sexuel à un patient ou qu'il a commis une faute professionnelle ou pourrait être incompétent ou inapte.

44. Que le paragraphe 85.3 (1) de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

Le rapport exigé aux termes des articles 85.1, 85.2 ou 85.5 doit être déposé par écrit auprès du comité des enquêtes, des plaintes et des rapports de l'ordre du membre qui fait l'objet du rapport.

45. Que le paragraphe 85.3 (2) de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

Délai de dépôt

(2) Le rapport exigé aux termes des articles 85.1, 85.2 ou 85.5 doit être déposé dans les trente jours qui suivent le jour où naît l'obligation de déposer un rapport, à moins que, dans le cas d'un signalement de mauvais traitements d'ordre sexuel, la personne qui est tenue de déposer le rapport n'ait des motifs raisonnables de croire que le membre continuera d'infliger des mauvais traitements d'ordre sexuel au patient ou en infligera à d'autres patients ou, dans d'autres cas, la personne qui doit déposer le rapport a des motifs raisonnables de croire que le membre place, dans l'immédiat, ses patients en situation de risque de préjudice, auquel cas le rapport doit être déposé sans tarder.

46. Que le paragraphe 85.3 (3) de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

Contenu du rapport

(3) Le rapport doit contenir :

(a) le nom de la personne qui dépose le rapport;

(b) le nom du membre qui fait l'objet du rapport;

(c) une explication des présumés mauvais traitements d'ordre sexuel, faute professionnelle, incompétence, incapacité ou révocation, suspension ou restriction des privilèges ou de l'emploi.

(d) sous réserve du paragraphe (4), le nom du patient du membre qui fait l'objet du rapport si les motifs de la personne qui dépose le rapport sont liés à ce patient.

47. Que le paragraphe 85.5 de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

Dépôt de rapports par les employeurs, etc.

85.5 (1) Quiconque met fin à l'emploi d'un membre, lui retire ses privilèges ou son emploi, les suspend ou les assortit de restrictions, ou dissout la société en nom collectif, la société professionnelle de

la santé ou l'association qu'il forme avec le membre, pour des motifs de faute professionnelle, d'incompétence ou d'incapacité, dépose auprès du comité des enquêtes, des plaintes et des rapports, dans les trente jours suivant l'accomplissement d'un de ces actes, un rapport écrit énonçant les motifs de sa décision.

Idem

(2) Quiconque avait l'intention de mettre fin à l'emploi d'un membre ou de lui retirer ses privilèges pour des motifs de faute professionnelle, d'incompétence ou d'incapacité, mais ne l'a pas fait parce que le membre a démissionné ou a renoncé volontairement à ses privilèges, dépose auprès du comité des enquêtes, des plaintes et des rapports, dans les trente jours suivant la démission ou la renonciation, un rapport écrit énonçant les motifs justifiant son intention d'agir.

Application

(3) Le présent article s'applique à toute personne, à l'exception d'un patient, qui emploie un membre ou qui s'associe à un membre dans une société en nom collectif ou autrement, ou qui lui offre des privilèges aux fins de la prestation de services de santé.

48. Que l'article 85.6 de l'annexe 2, Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par le paragraphe suivant :

Collaboration avec le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports

85.6 (b) Toute personne qui dépose un rapport en vertu des articles 85.1, 85.2, 85.4 ou 85.5, et toute personne qui détient des renseignements pertinents concernant le membre qui fait l'objet du rapport, doit collaborer avec le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports et avec tout enquêteur nommé par ce dernier, et doit tout particulièrement,

(a) permettre à l'enquêteur de pénétrer dans le lieu d'exercice du membre et de l'inspecter;

(b) permettre à l'enquêteur d'inspecter les registres des soins prodigués aux patients du membre;

(c) remettre au comité ou à l'enquêteur les renseignements relatifs aux soins prodigués aux patients ou aux registres des soins prodigués aux patients du membre qu'exige le comité ou l'enquêteur, dans la forme précisée par le comité ou par l'enquêteur;

(d) s'entretenir avec le comité ou avec l'enquêteur à la demande du comité.

49. Que l'article 1 de la *LPSR* soit modifié par l'ajout de la définition suivante :

> « lésions corporelles » signifie toute souffrance, lésion, ou blessure physique, psychologique ou émotionnelle causant des préjudices importants à l'intégrité, à la santé ou au bien-être d'une personne [*Traduction*];

50. Que le paragraphe 30 (1) de la *LPSR* soit abrogé et remplacé par le paragraphe suivant :

> Aucune personne, autre qu'un membre qui donne un traitement ou des conseils entrant dans l'exercice de sa profession de la santé, ne doit donner de traitement ou de conseils à une personne en ce qui concerne sa santé dans des circonstances où il est raisonnable de prévoir que des lésions corporelles graves puissent découler du traitement ou des conseils ou d'une omission dans le traitement ou les conseils.

51. Que l'article 33 et l'alinéa 43 (1) d) de la *LPSR* soient abrogés et rem placés par ce qui suit :

> 34. (1) Nul ne doit employer le titre de « docteur », une variante ou une abréviation, ou un équivalent dans une autre langue, lorsqu'il donne ou propose de donner, en Ontario, des soins médicaux à des particuliers.
>
> (2) Le paragraphe (1) ne s'applique pas à une personne qui
>
> (a) est membre d'un ordre;
>
> (b) est titulaire d'un doctorat acquis dans la discipline pour laquelle elle est inscrite auprès de l'ordre.
>
> (3) La définition qui suit s'applique au présent article.
>
> « abréviation » s'entend en outre de l'abréviation d'une variante;
>
> « doctorat acquis » s'entend d'un doctorat conféré par un établissement d'enseignement accrédité ou approuvé par un organisme d'accréditation, lui-même approuvé par l'ordre.
>
> (4) Nul ne doit employer, à l'oral ou à l'écrit, le titre de « docteur », une variante ou une abréviation, ou un équivalent dans une autre langue, en vertu du paragraphe (2), sans indiquer pour quelle discipline le doctorat a été décerné.

52. Que le paragraphe 11 (1) de la *Loi de 1991 sur les infirmières et infirmiers* soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

> Nul autre qu'un membre ne doit employer le titre d'« infirmière » ou d'« infirmier », d'« infirmière autorisée » ou d'« infirmier autorisé », d'« infirmière praticienne » ou d'« infirmier praticien », d'« infirmière

auxiliaire autorisée » ou d'« infirmier auxiliaire autorisé », une variante ou une abréviation, ou un équivalent dans une autre langue.

53. Que le paragraphe 11 (5) de la *Loi de 1991 sur les infirmières et infirmiers* soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

    Nul autre qu'un membre ne doit se présenter comme une personne qui a qualité pour exercer, en Ontario, la profession d'infirmière ou d'infirmier, d'infirmière autorisée ou d'infirmier autorisé, d'infirmière praticienne ou d'infirmer praticien, d'infirmière auxiliaire ou d'infirmier auxiliaire, ou une spécialité des soins infirmiers.

54. Le CCRPS a l'intention de mener une étude et des consultations plus poussées concernant l'utilisation des titres pour les professions du domaine de la psychologie, et prévoit soumettre ses recommandations à cet effet au ministre d'ici le mois d'octobre 2006.

55. Qu'un groupe de travail collaboratif, composé de représentants des Ordres de réglementation des professions de la santé de l'Ontario, du CCRPS et du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, établisse des procédures visant :

    (a) à améliorer la communication et le partage de renseignements de sorte que toutes les parties disposent de l'information dont elles ont besoin pour assumer leurs responsabilités dans le cadre du processus d'approbation des règlements;

    (b) à élaborer un modèle révisé servant de guide général pour la présentation de projets de règlement qui soit facile à comprendre et à mettre en œuvre pour tous les ordres;

    (c) à élaborer et à exécuter des plans de communication afin de garantir que toutes les parties comprennent pleinement le processus et la façon d'accélérer les approbations.

56. Que le ministère établisse des normes de responsabilité en ce qui a trait à son rendement dans le cadre du processus de réglementation, notamment :

    (a) des délais opportuns pour accuser réception des projets règlements et y répondre;

    (b) une communication continue avec le proposant concernant l'état de la proposition;

    (c) l'adoption de mécanismes appropriés de résolution des questions en litige avec les ordres;

    (d) la distribution de lignes directrices et de principes concernant les règlements;

    (e) les processus d'approbation des règlements lorsque plusieurs

lois sont en cause et que des règlements doivent correspondre entre eux;

(f) un mécanisme d'évaluation interne et externe favorisant une amélioration continue de la qualité dans ses activités de réglementation.

57. Que les représentants du public nommés aux conseils des ordres soient choisis en fonction de la pertinence de leurs études et de leur expérience : ils doivent démontrer les connaissances, la capacité, la volonté et l'engagement nécessaires pour s'acquitter de leurs responsabilités en tant que membres représentant l'intérêt public.

58. Que le gouvernement envisage d'apporter des modifications à son processus de nomination pour prolonger le mandat des représentants du public nommés aux conseils des ordres ou de permettre une prolongation de la durée d'une nomination « à titre amovible » jusqu'à la nomination d'un successeur par le lieutenant-gouverneur en conseil.

59. Que le gouvernement détermine si le ministre devrait avoir le droit de nommer des membres du public aux conseils à la place du lieutenant-gouverneur en conseil.

60. Qu'il y ait parité dans l'affectation des fonds nécessaires à l'éducation de l'ensemble des membres des conseils, qu'ils soient nommés ou élus, et que le financement du ministère prévu pour la formation et l'orientation des membres du public soit suffisant pour leur permettre de profiter des possibilités de formation au même titre que les membres de la profession des conseils des ordres.

61. Que le gouvernement entreprenne en temps opportun un examen rigoureux de la rémunération prévue pour les représentants du public afin qu'elle soit augmentée pour ceux qui sont nommés aux conseils.

62. Le CCRPS propose de mettre sur pied un programme de consultation qui permettra à chaque profession d'évaluer la validité et la fiabilité de son champ d'exercice et de ses actes autorisés, et de présenter ses recommandations au ministre.

63. Que l'article 5 de la *LPSR* soit modifié par l'ajout du paragraphe suivant :

(a) Le ministre peut exiger d'un conseil qu'il produise des rapports et des renseignements aux fins de l'administration de la présente loi ou des activités de gestion, d'évaluation, de surveillance, d'affectation de ressources et de planification pour la totalité ou une partie du système de santé, y compris la prestation de services et la planification des ressources dans le domaine de la santé.

Collecte de renseignements auprès des membres

(b) Chaque ordre doit recueillir auprès de ses membres, et chaque membre fournir à l'ordre, les renseignements nécessaires à la

production des rapports au ministre visés au paragraphe (1).

64. Que l'on crée un groupe de travail commun composé du ministre et de représentants des Ordres de réglementation des professions de la santé de l'Ontario et chargé d'élaborer des critères cohérents pour la collecte de données globales qui seraient utiles à la planification des ressources humaines dans le domaine de la santé et de la planification de la prestation de services.

65. Le CCRPS propose d'amorcer des consultations pour se pencher sur des options de réglementation en vue d'élargir le rôle des infirmières et des infirmiers dans le domaine de l'anesthésie et pour faire des recommandations au ministre à titre prioritaire.

66. Le CCRPS propose d'amorcer des consultations afin d'examiner des options de réglementation visant à élargir le rôle des spécialistes en physiothérapie orthopédique, et faire des recommandations au ministre à titre prioritaire.

67. Le CCRPS propose d'effectuer un examen afin de déterminer si les champs d'exercice sont à jour dans les secteurs diagnostiques et technologiques des professions de la santé et s'il y a lieu de créer de nouvelles catégories au sein de ces professions afin de répondre aux besoins actuels et futurs. Le CCRPS donnera son avis au ministre une fois cette évaluation terminée.

68. Que l'article 71 de l'annexe 2, Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

> Entrée en vigueur de certaines ordonnances
>
> 71. L'ordonnance rendue par un sous-comité du comité de discipline pour cause d'incompétence ou découlant d'une conclusion selon laquelle un membre a infligé des mauvais traitements d'ordre sexuel consistant en l'un des actes mentionnés à la sous-disposition i, ii, iii ou iv de la disposition 2 du paragraphe 51 (5), ou une ordonnance rendue par un sous-comité du comité d'aptitude professionnelle pour cause d'incapacité, et qui enjoint au registrateur de révoquer ou de suspendre le certificat d'inscription d'un membre, ou de l'assortir de restrictions ou de conditions, entre en vigueur immédiatement même s'il y a appel de l'ordonnance, et la Cour peut ne pas accorder une suspension de l'ordonnance jusqu'à ce que l'appel soit tranché.

69. Que le titre « Appel porté devant la Commission » précédant le paragraphe 21 (1) de l'annexe 2, Code des professions de la santé soit modifié afin de se lire comme suit : « Audiences ou examens relatifs à la demande ».

70. Que l'article 36 de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

> 36. (1) Une personne employée, engagée ou nommée aux fins de l'application de la présente loi, d'une loi sur une profession de la

santé ou de la *Loi sur la réglementation des médicaments et des pharmacies* ainsi que les membres d'un conseil ou d'un des comités d'un ordre ne doivent divulguer aucun renseignement venant à leur connaissance dans l'exercice de leurs fonctions.

(2) Le sous-article (1) n'interdit pas

(a) la divulgation de renseignements accessibles au public en vertu de la présente loi, d'une loi sur une profession de la santé ou de la *Loi sur la réglementation des médicaments et des pharmacies*, d'un règlement pris en application de l'une ou l'autre de ces lois, ou des règlements administratifs ou règles de pratique et de procédure établis par un ordre;

(b) la divulgation nécessaire à l'égard de l'application de la présente loi, d'une loi sur une profession de la santé ou de la *Loi sur la réglementation des médicaments et des pharmacies*, d'un règlement pris en application de l'une ou l'autre de ces lois, ou des règlements administratifs, ou règles de pratique et de procédure établis par un ordre, de même qu'à l'égard notamment de tout ce qui se rapporte à l'inscription des membres, aux plaintes concernant les membres, aux allégations d'incapacité, d'incompétence ou de faute professionnelle des membres ou à l'égard de la direction de la profession;

(c) la divulgation à un organisme qui régit une profession de la santé en Ontario ou dans un ressort autre que l'Ontario;

(d) la divulgation de la façon que peut exiger l'application de la *Loi sur l'interchangeabilité des médicaments et les honoraires de préparation*, de la *Loi sur la protection contre les rayons X*, de la *Loi sur l'assurance-santé*, de la *Loi sur les établissements de santé autonomes*, de la *Loi autorisant des laboratoires médicaux et des centres de prélèvement*, de la *Loi sur le régime de médicaments de l'Ontario*, de la *Loi sur les stupéfiants* (Canada) et de la *Loi sur les aliments et drogues* (Canada);

(e) la divulgation nécessaire aux fins des activités de gestion, d'évaluation, de surveillance, d'affectation de ressources et de planification pour la totalité ou une partie du système de santé, y compris la prestation de services et la planification des ressources humaines dans le domaine de la santé par le ministre;

(f) la divulgation à un agent de police afin de faciliter une enquête menée en vue d'une instance en exécution de la loi ou qui aboutira vraisemblablement à une telle instance;

(g) la divulgation par une personne ou un membre à son avocat;

(h) la divulgation avec le consentement écrit de toutes les personnes que les renseignements concernent;

(i) la divulgation à une entité prescrite si la divulgation a pour but de protéger une ou plusieurs personnes contre un préjudice;

(j) la divulgation d'une enquête sur un membre si la divulgation est dans l'intérêt public et dans des circonstances où :
   1. l'enquête sur le membre relève du domaine public,
   2. des accusations criminelles ont été portées contre le membre relativement au même problème pour lequel il fait l'objet d'une enquête.

71. Que les protocoles relatifs aux ordonnances données verbalement soient décrits en détail, individuellement et collectivement, par l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario et tout autre organisme de réglementation dont les membres sont autorisés à prescrire des médicaments, notamment, l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, l'Ordre royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario, l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, ainsi que l'Ordre des sages-femmes de l'Ontario.

72. Le CCRPS croit qu'il est indiqué de procéder à un examen plus approfondi de la liste de médicaments que contient chaque règlement régissant des professions de la santé, autres que celle de médecin, qui sont autorisées à prescrire des médicaments. Nous proposons d'entreprendre cet examen et de formuler nos conseils au ministre d'ici novembre 2006.

73. Le CCRPS propose d'entreprendre un examen, dans le cadre d'un programme de consultation, pour établir s'il y a lieu d'apporter certains changements afin que les politiques et les lignes directrices des ordres soient à jour, qu'elles tiennent compte des pratiques exemplaires et qu'elles aient également force exécutoire. Au cours de cet examen, le CCRPS relèvera les options appropriées et préparera son avis qu'il soumettra à l'étude du ministre.

RÉGLEMENTATION DES OPTOMÉTRISTES

Question du ministre

Le 7 février 2005, le ministre de la Santé et des Soins de longue durée a demandé l'avis du Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé (CCRPS) sur la question suivante :

> Les recommandations du CCRPS concernant la prescription, par les optométristes, d'agents pharmaceutiques thérapeutiques doivent-elles continuer de s'appliquer? Y a-t-il lieu d'ajouter d'autres recommandations à ce sujet[1]?

Le champ d'exercice actuel des optométristes exclut la prescription d'agents pharmaceutiques thérapeutiques.

Réponse du CCRPS

La recommandation principale du CCRPS est la suivante : que les optométristes de l'Ontario soient autorisés à prescrire des agents pharmaceutiques thérapeutiques, à l'exception des antiglaucomateux. Il en est arrivé à cette conclusion à la suite d'un examen approfondi des éléments de preuve disponibles, y compris l'historique de la sécurité des patients dans les territoires de compétence où cet acte est autorisé, les programmes d'études en optométrie offerts dans les universités canadiennes et les titres de compétence des diplômées et des diplômés.

1. Historique de la demande

La demande dont il est ici question date d'assez longtemps. Elle a été formulée à l'origine par le ministre de la Santé en mars 1994, mais l'examen de la question a dû attendre à 1998, lorsque le ministre a demandé conseil au CCRPS sur l'élargissement du champ d'exercice des optométristes afin de leur autoriser l'utilisation d'agents pharmaceutiques thérapeutiques. Dans son rapport (2000), le CCRPS a conclu que les éléments de preuve ne justifiaient pas cette mesure[2]. L'Ontario Association of Optometrists (OAO), insatisfaite de ce résultat, a présenté trois ans plus tard une demande visant à faire autoriser la prescription d'agents pharmaceutiques thérapeutiques par les optométristes. Cette demande a été suivie d'un processus de consultation d'un mois auprès des intervenants, mené conjointement par l'OAO et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD). En avril 2003, l'OAO présentait les résultats de la consultation dans son rapport *Stakeholder Consultations Considering the OAO Proposal to Extend the Scope of Practice of Optometry in Ontario* (Consultations des intervenants concernant la proposition de l'OAO d'élargir le champ d'exercice des optométristes en Ontario). C'est à la suite de ce rapport que le ministre a demandé au CCRPS de se pencher de nouveau sur la question.

---

[1] Lettre de demande du ministre, février 2005, annexe A.

[2] Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé, *Advice to the Minister of Health and Long-Term Care: Optometry – Use of Therapeutic Pharmaceutical Agents (TPAs)*, avril 2000.

Au cours de sa réflexion, le CCRPS a envisagé trois options :

1) ne pas accorder aux optométristes le pouvoir de prescrire des agents pharmaceutiques thérapeutiques (maintenir le statu quo);

2) accorder aux optométristes le pouvoir de prescrire la liste complète des agents pharmaceutiques thérapeutiques fournie dans la soumission de l'OAO;

3) limiter le pouvoir de prescription des optométristes :
   a) aux agents pharmaceutiques thérapeutiques utilisés contre certaines maladies ou certains troubles de la vue;
   b) aux médicament administrés selon un certain mode (topique ou oral).

L'application des options 2) ou 3) exigerait de modifier la *Loi de 1991 sur les optométristes* afin d'ajouter l'acte autorisé de prescrire les médicaments de la façon précisée dans la réglementation.

2. Processus de consultation

En réponse à sa demande de points de vue sur la question, le CCRPS a reçu 16 soumissions écrites de praticiennes et de praticiens, de membres du public ainsi que d'associations et d'ordres professionnels. Il a examiné ces soumissions et la réponse détaillée de l'OAO à son questionnaire approfondi sur les motifs soutenant l'élargissement proposé de l'éventail d'actes autorisés aux optométristes qualifiés[3].

Onze consultations de suivi se sont ensuite tenues auprès des associations et des ordres responsables des professions concernées ou intéressées. Le CCRPS a aussi invité les associations qui aident les personnes atteintes de maladies ou de troubles affectant la santé des yeux à assister à l'une des quatre séances de discussion organisées. Le public a également été invité à ces séances. De plus, le CCRPS s'est entretenu par téléphone avec des personnes qui tenaient à s'exprimer mais qui ne pouvaient participer aux séances.

Outre le processus de consultation, le CCRPS a mené des analyses documentaires, a examiné la situation dans d'autres territoires de compétence et s'est adressé à divers intervenants et à des autorités professionnelles. Il a aussi fait appel à un spécialiste indépendant de la pharmacologie, qui a examiné la liste de catégories et de sous-catégories de médicaments visés. Enfin, le CCRPS a tenu compte des consultations menées par l'OAO et le MSSLD auprès des intervenants en 2003[4].

[3] Soumissions affichées dans le site Web du CCRPS, www.hprac.org.
[4] Ontario Association of Optometrists, *Stakeholder Consultations Considering the OAO Proposal to Extend the Scope of Practice of Optometry in Ontario*, 30 avril 2003.

3. Contexte

Les opticiennes et les opticiens, les optométristes, les ophtalmologistes et les médecins de famille fournissent des soins de la vue en Ontario. À cet égard, chaque profession est assujettie à un champ d'exercice bien défini, qui décrit la gamme et le type de services pouvant être rendus. Dans le système actuel, les patients doivent consulter leur médecin de famille ou un spécialiste comme l'ophtalmologiste pour se faire prescrire un médicament pour les yeux.

3.1 Que font les optométristes?

Selon la *Loi de 1991 sur les optométristes*, la pratique de l'optométrie consiste dans « l'évaluation de l'œil et du système optique, ainsi que dans le diagnostic, le traitement et la prévention des maux suivants :

(a) les troubles de réfraction;
(b) les troubles et dysfonctions oculomoteurs et sensoriels de l'œil et du système optique;
(c) les maladies prescrites. »

Les optométristes jouent un rôle de premier plan dans la prestation de soins de la vue à près de trois millions de personnes par année en Ontario[5]. Sur 13 actes autorisés en vertu de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées (LPSR)*, la *Loi de 1991 sur les optométristes* en permet trois aux optométristes :

1. communiquer les diagnostics attribuant les symptômes que présentent des personnes à des troubles de réfraction, à des troubles oculomoteurs ou sensoriels de l'œil ou du système optique, ou à des maladies prescrites;
2. appliquer des formes d'énergie prescrites;
3. prescrire ou préparer, dans le cas de troubles visuels ou oculaires, des appareils de correction visuelle pour les malvoyants, des verres de contact ou des lunettes.

3.2 Études et formation

On compte deux écoles d'optométrie au Canada, l'une à l'Université de Waterloo et l'autre à l'Université de Montréal. Toutes deux, en plus de 17 écoles américaines, sont accréditées par l'Accreditation Council on Optometric Education. Le programme d'études de ces établissements comprend des volets d'enseignement théorique et de formation clinique.

Au cours de leur formation, les étudiantes et les étudiants examinent en moyenne 1 500 patients, dont bon nombre dans des sites de formation thérapeutique. Depuis 1995, les personnes inscrites au programme de l'Université de Waterloo participent à un externat supervisé de quatre

[5] Soumission de l'Ontario Association of Optometrists au Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé, avril 2005, p. 5.

mois en clinique, dans la plupart des cas à l'extérieur de l'Ontario, où elles acquièrent l'expérience de la gestion thérapeutique des maladies de l'œil.

Les diplômées et les diplômés des deux écoles canadiennes possèdent les compétences nécessaires à la gestion thérapeutique des affections de l'œil, y compris les maladies de la surface oculaire, les infections de l'œil et de la paupière, l'inflammation et la douleur oculaires, les allergies oculaires et le glaucome. Ils peuvent pratiquer partout au Canada et aux États-Unis, même là où les optométristes sont autorisés à prescrire des agents pharmaceutiques thérapeutiques.

L'école d'optométrie de l'Université de Waterloo offre deux cours préparatoires à la prescription d'agents pharmaceutiques thérapeutiques : introduction à la pharmacologie clinique et pharmacologie oculaire clinique.

Le cours d'***introduction à la pharmacologie clinique*** est axé sur les principes généraux de la pharmacocinétique et de la pharmacodynamique et sur leur application à différents systèmes du corps. Sont étudiés en profondeur l'administration, l'absorption, la distribution, le métabolisme et l'élimination des médicaments, de même que la classification des récepteurs, les relations quantitatives dose-réponse et les facteurs qui influencent la réponse de chaque personne au médicament. L'étude des applications concerne surtout les médicaments à action générale utilisés contre la plupart des principaux types d'affection, comme les troubles cardiovasculaires et neuromusculaires, les troubles des systèmes nerveux central et endocrinien, ainsi que l'infection, l'inflammation et la douleur. Une attention particulière est portée sur les mécanismes d'action, les contre-indications, les facteurs qui influencent la réponse de chaque personne, les effets indésirables des médicaments pour les yeux et à action générale, et les façons d'empêcher ou de reconnaître et de surveiller les effets indésirables.

Le cours de ***pharmacologie oculaire clinique*** est axé sur les principes pharmacologiques et thérapeutiques de l'absorption des médicaments à la suite de leur application topique, y compris la distribution, le métabolisme, les mécanismes d'action et leur élimination des tissus oculaires. Sont étudiés en profondeur les effets indésirables des médicaments pour les yeux et d'autres tissus, compte tenu de la possibilité d'absorption générale. Le cours porte aussi sur les systèmes d'administration des médicaments et sur l'éventail des modalités physiques et pharmacologiques qui minimisent le risque d'exposition générale aux agents topiques. Il traite également des médicaments en vente libre, des médicaments sur ordonnance et des thérapies non conventionnelles, car les patients se présentent souvent chez leur fournisseur de soins après s'être chargés eux-mêmes de leur médication. Une attention particulière est portée sur le diagnostic et la reconnaissance des affections qui exigent la gestion et le suivi thérapeutiques. Il montre en même temps l'application clinique des anesthésiques topiques et locaux, des produits de marquage et de coloration oculaires, des mydriatiques, des cycloplégiques et des mydriolytiques (myotiques).

3.3 Ordre des optométristes de l'Ontario

Conformément à la *Loi de 1991 sur les optométristes*, l'Ordre des optométristes de l'Ontario (l'Ordre) régit la profession d'optométriste de façon autonome. L'Ordre compte 1 348 membres qui pratiquent dans 220 collectivités de la province. Pour demeurer membre inscrit en Ontario, l'optométriste doit accumuler, tous les trois ans, 60 heures d'études dans un établissement accrédité. Cette exigence a été établie pour que les optométristes en exercice se tiennent au courant des progrès en science et en technologie médicales et de l'évolution des normes de pratique[6].

4. Facteurs soutenant la recommandation du CCRPS

4.1 Risque de préjudice

Les agents pharmaceutiques thérapeutiques servent à traiter les maladies et les troubles de l'œil. Ils peuvent être administrés par voie orale ou topique. Dans sa proposition, l'OAO a mis en lumière six catégories pharmaceutiques (ou classes de médicaments) que les membres qualifiés de l'Ordre seraient en mesure de prescrire dans le cadre du plan de traitement d'un patient :

- les anti-infectieux;
- les anti-inflammatoires;
- les cycloplégiques;
- les antiallergiques;
- les larmes artificielles, les lubrifiants oculaires et les secrétagogues;
- les antiglaucomateux.

Chaque catégorie se divise en plusieurs sous-catégories.

Grandes sous-catégories pharmaceutiques

La liste des agents pharmaceutiques thérapeutiques proposés par l'OAO comprend un certain nombre de médicaments qui appartiennent à la même catégorie, mais dont le risque d'effet général varie.

Sécurité de la pratique

Les médicaments administrés par voie topique peuvent améliorer l'efficacité du traitement, car ils augmentent la concentration au point voulu, tout en limitant le risque d'effets secondaires généraux[7]. Huit provinces et territoires canadiens autorisent aujourd'hui les optométristes à prescrire, à tout le moins, des agents pharmaceutiques thérapeutiques topiques contre les affections de l'œil. Depuis 1996, année où l'Alberta a accordé un pouvoir de prescription aux optométristes, l'organisme provincial de réglementation n'a reçu aucune plainte et n'a relevé aucun problème particulier à ce sujet, ce qui indique que la pratique est sécuritaire. En fait, les provinces et les

[6] Soumission de l'Ontario Association of Optometrists au Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé, avril 2005, p. 13.
[7] D. M. Grant, Ph.D., département de pharmacologie, Université de Toronto, *Risks of Prescribing Designated Therapeutic Pharmaceutical Agents by Optometrists*, février 2006, p. 4.

territoires qui ont adopté une loi permettant aux optométristes de prescrire des agents pharmaceutiques thérapeutiques affichent un dossier impressionnant au chapitre de la sécurité du public.

Listes de médicaments par rapport à classes de médicaments

En Ontario, la prescription et la délivrance de médicaments, dans le cas des professionnelles et des professionnels pour qui cet acte est autorisé (médecins exceptés), se limitent aux produits nommés individuellement dans les règlements applicables. Cette exigence a causé des problèmes dans certains cas. Par exemple, les infirmières praticiennes, les infirmiers praticiens et les sages-femmes ne peuvent pas administrer aux patients d'autres médicaments que ceux nommés expressément dans les listes de médicaments des professions concernées, même s'ils possèdent les mêmes propriétés et qu'ils sont plus économiques. On peut en dire autant de leur capacité de profiter des innovations en pharmacothérapie. Même dans le cas où un médicament est reconnu comme la norme à suivre, les longs délais nécessaires à l'approbation des modifications réglementaires, lesquelles autorisent l'utilisation d'un nouveau médicament par une praticienne ou un praticien autre que médecin, peuvent réduire l'efficacité des soins. Pour cette raison, il y a lieu de privilégier une réglementation qui classe les médicaments par catégories et qui établit des directives de pratique semblables à celles adoptées ailleurs.

Cependant, le fait qu'un médicament soit non toxique ne garantit pas nécessairement la sécurité des autres produits de la même catégorie pour un patient donné[*]. La formation et la pratique cliniques, qui permettent d'acquérir l'expertise requise pour sélectionner, dans une certaine catégorie, le ou les médicaments qui conviennent le mieux au patient traité, s'avèrent donc nécessaires.

Agents pharmaceutiques thérapeutiques administrés par voie orale

Les médicaments contre les maladies et les troubles de l'œil administrés par voie orale présentent un plus grand risque d'effets secondaires dans des points non ciblés comme le cerveau, le cœur, les vaisseaux sanguins, les poumons, le foie, les reins et d'autres systèmes, ainsi qu'un plus grand risque d'interaction avec d'autres médicaments à action générale. La liste de médicaments administrés par voie orale proposée par l'OAO comprend des antibiotiques, des cholinergiques, des inhibiteurs de l'anhydrase carbonique et des hyperosmotiques.

Deux organismes concernés, l'Ontario Medical Association (OMA) et la Société canadienne d'ophtalmologie (SCO), estiment pour leur part que les optométristes n'ont pas les compétences nécessaires pour gérer les effets généraux et les interactions médicamenteuses en cause. Dans un énoncé de principes sur l'utilisation des agents pharmaceutiques

[*] Ibid., p. 24.

thérapeutiques par le personnel non médical, la SCO fait valoir que seuls les médecins possèdent les connaissances anatomiques requises pour administrer ces médicaments en toute sécurité.

Pour obtenir un avis indépendant, le CCRPS a demandé à un spécialiste externe de passer en revue les programmes d'études en optométrie des universités de Waterloo et de Montréal. Celui-ci est parvenu à la conclusion que l'enseignement des principes de base de la pharmacologie dans ces programmes est suffisant pour que les diplômées et les diplômés comprennent de façon théorique les mécanismes de toxicité médicamenteuse qui peuvent être liés à l'administration générale et oculaire des agents pharmaceutiques thérapeutiques désignés[9]. Il serait toutefois important, selon lui, que les étudiantes et les étudiants en optométrie profitent de meilleures possibilités de placement en clinique, et que les praticiennes et les praticiens puissent suivre des cours de perfectionnement adéquats.

Les optométristes de sept provinces canadiennes et des cinquante états américains sont autorisés à prescrire des agents pharmaceutiques thérapeutiques oraux et topiques. En outre, l'expérience révèle que les optométristes formés par les programmes accrédités, comme ceux des universités de Waterloo et de Montréal, possèdent les connaissances et les capacités nécessaires pour prescrire correctement les médicaments topiques figurant dans la liste de l'OAO, à l'exception des antiglaucomateux.

Antiglaucomateux

Il a été observé que de nombreux antiglaucomateux, tels que les agonistes adrénergiques et les adrénolytiques, sont absorbés en grande partie par l'appareil circulatoire après leur administration par voie topique. La prescription d'antiglaucomateux, qu'ils soient administrés par voie topique ou orale, présente donc un risque plus grand que d'autres médicaments de la liste utilisés contre certains troubles de la vue, comme les infections[10]. De plus, les hyperosmotiques oraux sont administrés en cas d'urgence; une optométriste ou un optométriste ne les prescrirait donc pas en clinique.

Par conséquent, le CCRPS est d'avis que la prescription d'antiglaucomateux doit se faire dans le cadre d'une entente de cogestion entre l'ophtalmologiste et l'optométriste, comme c'est la pratique dans bon nombre de provinces et de territoires canadiens. Étant donné qu'il se fait sur de longues périodes, le traitement aux antiglaucomateux exige un suivi régulier de la part du prescripteur. Lorsqu'un suivi serré est requis et que les conséquences peuvent être graves (cécité), l'entente de cogestion s'impose. Dans ce cas, l'ophtalmologiste dirige le traitement, tandis que l'optométriste surveille l'acuité visuelle, la pression intraoculaire, l'aspect du disque optique et le champ visuel[11].

[9] Ibid., p. 11.
[10] Ibid., p. 12.
[11] CE Willis, SJA Rankin et AJ Jackson, *Glaucoma in Optometric Practice: A Survey of Optometrists*, « Ophthal. Physiol. Opt », vol. 20(1), p. 70-75, 2000.

4.2 Ressources humaines dans le domaine de la santé

Les études sur les ressources humaines dans le domaine de la santé révèlent une pénurie croissante de médecins de famille en Ontario[12]. Le gouvernement a récemment pris des mesures pour atténuer le problème, mais la question demeure préoccupante pour l'intérêt public. Qui plus est, les tendances relatives à la pratique de l'ophtalmologie indiquent que la majorité des ophtalmologistes se consacrent maintenant plus aux soins chirurgicaux qu'aux services médicaux. En effet, une étude menée par l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario en 2004 révèle que de moins en moins de diplômées et de diplômés choisissent la médecine générale et qu'un grand nombre de spécialistes, comme les ophtalmologistes, approchent l'âge de la retraite. Plusieurs autres études confirment ces tendances.

Or, ces tendances contrastent vivement avec les effectifs croissants en optométrie[13]. Entre 1993 et 2002, le nombre d'optométristes inscrits actifs en Ontario est passé de 885 à 1 258, c'est-à-dire de 8,2 à 10,4 par tranche de 100 000 personnes. L'Ordre des optométristes de l'Ontario compte actuellement 1 348 membres qui pratiquent dans 220 collectivités. Par comparaison, le nombre d'optométristes par tranche de 100 000 personnes s'élève à 11,4 à l'échelle canadienne. Il est possible que l'Ontario perde de jeunes diplômées et diplômés au profit de régions où ces derniers vont faire un externat en clinique, la province imposant aux optométristes des restrictions que l'on ne trouve pas ailleurs.

La profession d'optométriste fait l'objet d'une entente nationale de mobilité de la main-d'œuvre, qui permet aux optométristes de pratiquer n'importe où au Canada, sans avoir à surmonter d'obstacles non nécessaires. L'OAO signale toutefois que l'impossibilité, pour les optométristes de l'Ontario, de prescrire des agents pharmaceutiques thérapeutiques, fait de la province un lieu de pratique moins attirant pour les jeunes diplômées et diplômés et pour les optométristes qui songent à déménager.

Ces constats incitent à élargir le rôle des optométristes en matière de soins de la vue afin d'alléger les pressions observées ailleurs dans le système de santé.

4.3 Renforcement des capacités

Compte tenu des tendances signalées dans les effectifs des médecins, il faudra compter de plus en plus sur le personnel non médical qualifié pour fournir des soins dans certaines circonstances. Le fait d'autoriser les optométristes adéquatement formés à offrir de nouveaux services aux patients entraînera plusieurs avantages :

- les consommateurs auront un accès plus facile aux soins de santé et un plus grand choix de soins;

[12] Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, *Tackling the Doctor Shortage: A Discussion Paper*, mai 2004.
[13] Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances relatives au personnel de la santé au Canada, 1993-2002*, 2004.

- la charge de travail d'autres professionnelles et professionnels, plus précisément les ophtalmologistes et les médecins de famille, sera allégée, et les listes d'attente pour les consulter pourraient être réduites;
- il ne sera plus nécessaire d'obtenir un rendez-vous chez le médecin dans l'unique but de se faire prescrire certains médicaments.

Une fois les recommandations mises en oeuvre, les patients qui ont besoin de médicaments pour les yeux pourront recevoir les soins de leur médecin de famille, d'une optométriste ou d'un optométriste ou encore d'une ophtalmologiste ou d'un ophtalmologiste, aussi bien dans un cabinet médical que dans une clinique ou un service d'urgence. En améliorant l'accès du patient au fournisseur de soins de santé qualifié de son choix, on augmente en général l'imputabilité du système au public.

4.4 Capacités

Au moment de prescrire un agent pharmaceutique thérapeutique, le clinicien doit mesurer le risque que présente le traitement et analyser les risques liés à un échec du traitement comparativement aux avantages de sa réussite[14]. Il est alors essentiel de comprendre les risques d'effets secondaires et d'interactions médicamenteuses, les contre-indications et la posologie afin d'obtenir les résultats attendus de la façon la plus sécuritaire possible[15].

Le CCRPS a reçu de nombreuses soumissions concernant la capacité des optométristes de prescrire adéquatement des agents pharmaceutiques thérapeutiques. Certains intervenants sont persuadés que les optométristes de l'Ontario ont les compétences requises, mais d'autres émettent des doutes à cet égard. Selon les éléments de preuve examinés, le CCRPS est d'avis que, au moment d'obtenir leur diplôme, les optométristes de l'Ontario disposent des connaissances, de la formation et de l'éducation nécessaires pour prescrire correctement des agents pharmaceutiques thérapeutiques, à l'exception des antiglaucomateux.

4.5 Pratique en collaboration

Le fait d'autoriser les optométristes à prescrire des agents pharmaceutiques thérapeutiques est conforme à la Stratégie des soins aux malades en phase critique du MSSLD et au besoin d'améliorer l'accès aux services de santé. Actuellement, les patients en optométrie qui exigent des médicaments pour les yeux sont orientés vers leur médecin de famille ou vers une ophtalmologiste ou un ophtalmologiste afin d'obtenir une ordonnance. En permettant aux optométristes de prescrire des agents pharmaceutiques thérapeutiques topiques, on éliminerait cette étape, et les patients pourraient se procurer leur ordonnance directement de leur optométriste. L'Ontario College of Family Physicians appuie d'ailleurs cette recommandation, ce qui témoigne d'une volonté de collaborer avec les optométristes à l'échelle communautaire.

---

[14] D. M. Grant, Ph.D., département de pharmacologie, Université de Toronto, *Risks of Prescribing Designated Therapeutic Pharmaceutical Agents by Optometrists*, février 2006, p. 3.

[15] Gregory S. Black, Julie A. Tyler et Alan G. Kabat, *The Role of Oral Medications in Optometry*, « Review of Optometry », 2005.

5. Résumé des arguments en faveur de la prescription d'agents pharmaceutiques thérapeutiques par les optométristes

Compte tenu de la documentation étudiée, le CCRPS estime que les optométristes devraient être autorisés à prescrire certains agents pharmaceutiques thérapeutiques. Pour arriver à cette conclusion, il s'appuie sur les faits suivants.

- Les programmes d'optométrie des universités de Montréal et de Waterloo sont accrédités par l'Accreditation Council of Optometric Education. Cette accréditation permet aux diplômées et aux diplômés de pratiquer n'importe où en Amérique du Nord, y compris là où les optométristes sont autorisés à prescrire des agents pharmaceutiques thérapeutiques.

- Le spécialiste indépendant consulté est d'avis que l'enseignement des principes de pharmacologie dans les écoles d'optométrie est suffisant pour que les diplômées et les diplômés puissent reconnaître les interactions médicamenteuses et les toxicités possibles relatives à l'utilisation d'agents pharmaceutiques thérapeutiques dans le traitement des affections de l'œil.

- Le même spécialiste recommande d'augmenter la formation clinique offerte aux étudiantes et aux étudiants en optométrie et d'offrir plus d'occasions d'expérience clinique et de renforcement des capacités aux optométristes déjà en exercice.

- En permettant aux optométristes de prescrire des agents pharmaceutiques thérapeutiques, les possibilités de placement clinique en Ontario devraient augmenter avec le temps.

- L'examen, par le CCRPS, de la situation dans d'autres provinces et territoires où les optométristes sont autorisés à prescrire des agents pharmaceutiques thérapeutiques n'a révélé ni plainte de patients, ni problème de sécurité.

- Une étude de la firme PriceWaterhouseCoopers sur le recours aux agents pharmaceutiques thérapeutiques par les optométristes en Californie a montré que ces derniers agissaien avec le même niveau de compétence que les fournisseurs de soins primaires et les ophtalmologistes chargés de traiter les mêmes troubles.

- Les antiglaucomateux constituent un cas particulier. Le CCRPS estime que ces médicaments ne devraient être administrés que dans le cadre d'une entente de cogestion entre l'optométriste et l'ophtalmologiste, ce dernier agissant comme fournisseur de soins primaires.

Si l'on élargit le champ d'exercice des optométristes en leur autorisant un recours limité aux agents pharmaceutiques thérapeutiques, la population de l'Ontario aura un meilleur accès aux soins de santé, la province sera plus attirante pour les optométristes, et les problèmes découlant de la pénurie de médecins pourront s'atténuer en partie. Cette mesure s'harmonise également avec l'approche de l'Ontario en matière de soins, qui est axée sur les équipes multidisciplinaires et la collaboration.

6. Transition

La *LPSR* sert plusieurs objectifs, dont celui de responsabiliser les professions de la santé réglementées devant le public. Cette responsabilité est maintenue par le biais du système des actes autorisés, du code des professions et des lois professionnelles qui précisent les compétences requises dans des professions en particulier et qui prévoient des recours pour les patients lésés.

La recommandation principale du CCRPS est la suivante : que les optométristes de l'Ontario soient autorisés à prescrire des agents pharmaceutiques thérapeutiques, à l'exception des antiglaucomateux.

Afin d'appliquer cette recommandation avec tout le sérieux nécessaire et de mettre en place les mesures de responsabilisation qui s'imposent, l'Ordre des optométristes de l'Ontario doit élaborer des normes et des directives de pratique. Pour ce faire, il faudra préciser les titres de compétence actuels des membres appelés à délivrer des ordonnances et déterminer les programmes d'éducation ou de formation compensatoire requis[16].

6.1 Établissement des titres de compétence

Avant 1995, l'Université de Waterloo n'exigeait pas aux étudiantes et aux étudiants en optométrie de participer à un externat en clinique. Or, l'Ordre des optométristes de l'Ontario estime que 25 % de ses membres ont reçu leur diplôme avant 1995 ou n'ont pas suivi le cours de perfectionnement de 100 heures sur la prescription d'agents pharmaceutiques thérapeutiques.

Étant donné que le quart environ des membres sont ici concernés, l'Ordre devra voir à ce que les certificats d'inscription délivrés à ceux qui n'ont pas encore suivi la formation en matière de prescription soient assujettis à certaines « conditions et restrictions ».

6.2 Perfectionnement des études

L'Ordre devra aussi élaborer des programmes de perfectionnement des études et d'éducation compensatoire pour les groupes suivants :

[16] D. M. Grant, Ph.D., département de pharmacologie, Université de Toronto, *Risks of Prescribing Designated Therapeutic Pharmaceutical Agents by Optometrists*, février 2006, p. 11.

- personnes ayant reçu leur diplôme avant 1995;
- personnes ayant reçu leur diplôme après 1995;
- optométristes qui étaient autorisés à prescrire des agents pharmaceutiques thérapeutiques avant de s'installer en Ontario.

À l'extérieur de l'Ontario, les programmes d'éducation durent généralement une centaine d'heures et sont composés de formation théorique et pratique sur le traitement des affections de l'œil à l'aide d'agents pharmaceutiques thérapeutiques.

6.3 Maintien des capacités

La grande majorité (75 %) des optométristes de l'Ontario disposent des connaissances, de la formation et de l'éducation nécessaires pour prescrire correctement des agents pharmaceutiques thérapeutiques. Cependant, compte tenu de la rapidité des progrès en pharmacologie, il importe que les membres gardent leurs connaissances et leurs compétences à jour[17]. Le CCRPS s'attend donc à ce que l'Ordre des optométristes de l'Ontario établisse des exigences en matière d'éducation afin d'assurer le maintien des capacités.

6.4 Vérification des ordonnances

L'exercice du pouvoir de prescription s'accompagne de nouvelles responsabilités pour les optométristes. Ils devront notamment servir les patients qui ont besoin d'aide concernant leur ordonnance en dehors des heures de travail. Le prescripteur doit également demeurer en tout temps à la disposition de la pharmacienne ou du pharmacien, en cas de besoin. L'Ordre devra élaborer des directives pour les membres à ce sujet.

6.5 Pratique en collaboration

Le CCRPS recommande que l'Ordre des optométristes de l'Ontario et l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario élaborent conjointement des directives de pratique et des programmes d'information sur la collaboration en prestation des soins.

6.6 Coûts pour le système de santé

L'OAO ne prévoit pas de changement important dans les coûts supportés par la province puisque, depuis novembre 2004, l'Assurance-santé de l'Ontario ne rembourse plus les frais des examens de la vue annuels pour les adultes en santé. Par conséquent, toute augmentation des frais facturés par les optométristes devra être prise en charge par le patient lui-même ou par son assureur privé, le cas échéant.

[17] Ibid., p. 12.

7. Recommandations

Le CCRPS présente les recommandations suivantes au ministre.

1. Que les optométristes de l'Ontario soient autorisés à prescrire des agents pharmaceutiques thérapeutiques, à l'exception des antiglaucomateux.

2. Que la *Loi de 1991 sur les optométristes* soit modifiée de façon à ce que l'article 4 comporte le point 4 suivant : Prescrire des médicaments appartenant aux catégories prescrites.

3. Que le conseil de l'Ordre des optométristes de l'Ontario formule des règlements, assujettis à l'approbation du lieutenant-gouverneur et à l'examen préalable du ministre, prescrivant les catégories de médicaments pouvant être prescrits.

4. Que, à la suite de toute modification législative, et afin de soutenir la bonne mise en oeuvre des recommandations, l'Ordre des optométristes de l'Ontario :

    1. établisse de nouvelles normes et directives de pratique et de compétence pour ses membres;

    2. élabore des programmes de perfectionnement des études et d'éducation compensatoire pour ses membres;

    3. assujettisse les certificats d'inscription à certaines « conditions et restrictions » dans le cas des membres qui n'ont pas suivi la formation requise sur la prescription, les conditions et restrictions ne devant être levées que lorsque les membres possèdent les capacités exigées;

    4. élabore, de concert avec l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, des directives communes concernant la cogestion des cas de glaucome, l'orientation des patients et d'autres questions exigeant la collaboration entre les deux professions.

RÉGLEMENTATION DES TECHNICIENS EN PHARMACIE

Question du ministre

Le 7 février 2005, le ministre de la Santé et des Soins de longue durée a demandé l'avis du Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé (CCRPS) sur les questions suivantes :

> *Les techniciens/assistants en pharmacie devraient-ils être réglementés en vertu de la LPSR? Le cas échéant, quel serait leur champ d'exercice, quels actes seraient-ils autorisés à accomplir, et quels titres leur seraient réservés?*
>
> *En outre, y a-t-il lieu d'assujettir les techniciens en pharmacie à la* Loi de 1991 sur les pharmaciens[1]?

Réponse du CCRPS

La recommandation principale du CCRPS est la suivante : que les techniciens en pharmacie soient réglementés en tant que catégorie de l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario.

1. Historique de la demande

L'Ordre des pharmaciens de l'Ontario (OPO) a demandé la création d'une nouvelle catégorie de praticiens en pharmacie en vertu de la Loi de 1991 sur les pharmaciens et de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* (LPSR) : le technicien en pharmacie autorisé. Cette catégorie sera fondamentalement distincte de celles qui désignent les personnes travaillant actuellement dans les pharmacies de l'Ontario.

La proposition de l'OPO découle directement du rapport *Prescriptions for Health: Report of the Pharmaceutical Inquiry of Ontario* (aussi appelé rapport Lowy), qui décrit les deux grandes responsabilités des pharmaciens :

1. activités cognitives et axées sur les patients telles que la consultation des prescripteurs, des patients et d'autres professionnels de la santé afin de maximiser la réussite de la pharmacothérapie;

2. responsabilités relatives aux produits telles que l'acquisition, l'entreposage, l'étiquetage, l'emballage et la préparation des médicaments, ainsi que la tenue de dossiers concernant ces tâches.

[1] Lettre de demande du ministre, février 2005, annexe A.

Le rapport Lowy a révélé que des changements majeurs s'imposaient dans les responsabilités des pharmaciens, et que ceux-ci n'atteignaient pas leur plein potentiel en tant que membres de l'équipe de soins de santé, dont l'objectif consiste à maximiser la réussite de la pharmacothérapie. Le rapport préconise certaines mesures :

> Il faut trouver des moyens pour que les pharmaciens puissent fournir une plus large gamme de services axés sur les patients, dont le maintien de dossiers sur les allergies aux médicaments, le suivi de la pharmacothérapie, la communication de conseils aux patients, la sensibilisation du public aux médicaments, la prestation de services pharmaceutiques aux bénéficiaires de soins à domicile, l'utilisation de programmes d'étude sur la consommation des médicaments, la promotion de la santé, la prestation de services de consultation sur l'autotraitement (conseils sur les médicaments grand public et les appareils médicaux) et la prestation de renseignements sur les médicaments et de services de consultation à d'autres professionnels de la santé.

Le rapport indique aussi que :

> Le recours à du personnel non professionnel, comme les assistants en pharmacie, exige de la prudence. Même si les pharmaciens conservent la responsabilité principale par rapport aux médicaments préparés et vendus, le recours à du personnel auxiliaire s'est intensifié. Ce personnel peut libérer les pharmaciens de nombreuses des fonctions techniques ou répétitives inhérentes aux aspects de leur pratique qui concernent le traitement des produits, ce qui leur donne plus de temps pour s'occuper de tâches liées aux patients.

Dans son rapport, le Dr Lowy formule certaines recommandations :

> L'Ordre des pharmaciens de l'Ontario doit définir clairement les rôles respectifs du personnel auxiliaire et des pharmaciens, et s'assurer que les assistants exécutent des tâches techniques, liées aux produits, tandis que les pharmaciens se concentrent sur les activités axées sur les patients, comme le suivi de la pharmacothérapie et la prestation de conseils sur les médicaments aux patients et à d'autres professionnels de la santé. Les stratégies mises en place pour appliquer ces mesures devraient s'allier à la promulgation de normes de pratique et d'une procédure visant à assurer les compétences du personnel.

Le rapport recommande à cette fin que :

> Les facultés de médecine et de pharmacie de l'Université de Toronto forment conjointement les étudiantes et les étudiants dans la prestation de services axés sur les patients, dont le choix de la pharmacothérapie, les techniques de suivi et les conseils aux patients.

1.1 Mesures intérimaires

Depuis la publication du rapport Lowy, l'OPO travaille à la mise en oeuvre des recommandations de diverses façons.

1. *Pratique en collaboration* – L'OPO a formé un *groupe de travail sur l'optimisation du rôle des pharmaciens*, chargé d'élaborer des directives et des protocoles qui élargissent le rôle des pharmaciens, y compris des ententes de collaboration avec les médecins dans les domaines de la documentation, de la mise en commun des dossiers de patients et de la consultation. Les protocoles permettraient aussi aux pharmaciens d'examiner les médicaments administrés, de renouveler des ordonnances pour les malades chroniques et de suivre le traitement des patients et la mise au point des doses dans un cadre de collaboration. Mais pour donner un plus grand rôle aux pharmaciens, il est essentiel de renouveler et de responsabiliser celui qui doit être confié aux techniciens en pharmacie autonomes.

2. *Normes d'éducation* – De concert avec les collèges d'arts appliqués et de technologie de l'Ontario, l'OPO a créé un programme d'éducation officiel pour devenir technicien en pharmacie. Dix collèges communautaires de la province offrent aujourd'hui des programmes de diplôme accrédités par le ministère de la Formation et des Collèges et Universités (MFCU), et neuf collèges d'enseignement professionnel regroupant 27 établissements offrent des programmes de formation. La formation peut aussi être suivie en cours d'emploi dans les pharmacies et les hôpitaux agréés.

3. *Agrément volontaire* – En 1997, l'OPO a créé le groupe de travail des techniciens en pharmacie, dont font partie et auquel contribuent les techniciens en pharmacie. Le groupe a élaboré les normes de pratique et le code de conduite d'un programme d'agrément volontaire des techniciens en pharmacie, il a défini des ensembles de compétences applicables aux techniciens en pharmacie agréés, et il a mis en place des examens d'agrément.

   Les personnes qui réussissent le programme reçoivent une attestation selon laquelle elles possèdent les compétences essentielles décrites dans le document *Guidelines for the Pharmacist on the Role of the Pharmacy Technician* (directives au pharmacien sur le rôle du technicien en pharmacie) (OCP, 1994). L'attestation donne aussi le droit d'utiliser le titre de technicien en pharmacie agréé. Dans certains établissements, la détention de ce titre est devenue une condition d'emploi. On estime que 2 500 techniciens en pharmacie ont reçu l'agrément depuis la mise en oeuvre du programme.

2. Proposition actuelle

Depuis la prise des mesures exposées ci-dessus, l'OPO a demandé au ministre de la Santé et des Soins de longue durée de créer une nouvelle catégorie réglementée de praticiens en pharmacie, assujettie à des

exigences d'entrée dans la profession, à un champ d'exercice et à des responsabilités bien définis en vertu de la LPSR. Les techniciens en pharmacie autorisés seraient distincts des techniciens agréés, notamment en matière d'éducation et de responsabilités. L'Association canadienne des techniciens pharmaceutiques et l'Ontario Pharmacists' Association appuient cette proposition.

L'OPO propose que les techniciens en pharmacie autorisés travaillent en collaboration avec les pharmaciens. Ils seraient responsables professionnellement d'un certain nombre de services de préparation technique de pharmacie qui, actuellement, font exclusivement partie du champ d'exercice des pharmaciens.

3. Processus de consultation

Le CCRPS a demandé à l'OPO de lui présenter une soumission en réponse à un questionnaire détaillé. Il a aussi invité les ordres des professions de la santé réglementées, les associations professionnelles de la santé, les organismes de consommateurs, les associations industrielles et les particuliers intéressés à lui transmettre des soumissions écrites. En tout, 17 organismes et 31 particuliers ont répondu à l'appel. En outre, neuf séances de consultation ont été menées auprès des intervenants; sept ont concerné les techniciens en pharmacien, une a réuni des membres de l'Ontario Chain Drug Stores Association, et une s'est adressée aux consommateurs. Le CCRPS a ensuite rencontré des intervenants clés et s'est entretenu avec un spécialiste du droit et des politiques en santé.

Les pharmaciens de l'Ontario ont pu participer au processus grâce à un sondage Internet auquel ont répondu 369 d'entre eux. Même s'il n'est pas valide statistiquement, ce sondage a permis au CCRPS d'évaluer le degré de compréhension des pharmaciens et d'autres points relatifs à la proposition, et de cerner de nouvelles questions à analyser. Par ailleurs, des visites sur place ont permis d'avoir un aperçu des pharmacies et d'observer les techniciens et d'autres employés auxiliaires travaillant ensemble dans trois types d'établissement : le département de pharmacie du Réseau universitaire de santé, à Toronto, une pharmacie communautaire et une pharmacie appartenant à une chaîne. Les consultations ont été complétées par des discussions supplémentaires et l'éclaircissement de certaines questions de la part de l'OPO.

Enfin, le CCRPS a examiné plusieurs textes législatifs fédéraux et provinciaux au cours de sa réflexion.

4. Contexte

« L'exercice de la profession de pharmacien consiste dans la garde, la composition ainsi que la préparation des médicaments, dans la fourniture de médicaments grand public et d'appareils et accessoires médicaux, et dans la communication de renseignements touchant la consommation des médicaments. » – *Loi de 1991 sur les pharmaciens*, chap. 36, art. 3

4.1 Techniciens en pharmacie dans les pharmacies agréées

En vertu de la *Loi sur la réglementation des médicaments et des pharmacies* (LRMP), seuls les pharmaciens travaillant dans les pharmacies agréées peuvent préparer des médicaments. Les techniciens en pharmacie s'occupent des aspects techniques de ce travail sous la direction et la supervision des pharmaciens. De par leur formation et les responsabilités qui leur sont attribuées dans les activités courantes, les techniciens se distinguent des autres membres du personnel auxiliaire en pharmacie, comme les assistants en pharmacie et les préposés au comptoir.

À l'heure actuelle, les techniciens en pharmacie remplissent diverses fonctions. Ils peuvent recevoir des ordonnances écrites; créer et maintenir des profils de patients; exécuter des tâches de bureau comme le traitement des factures et des reçus et le classement des documents; produire des données sur les soins de longue durée (dossiers d'administration des médicaments, examens sur les médicaments); rechercher, compter, verser, peser, mesurer, mélanger et reconstituer des médicaments; préparer des solutions intraveineuses et parentérales, des agents chimiothérapeutiques exigeant l'utilisation de techniques aseptiques et de produits spéciaux; produire des étiquettes d'ordonnance, sélectionner des types de contenants de médicaments et coller les étiquettes d'ordonnance et les étiquettes complémentaires, remballer et étiqueter des médicaments; déterminer le prix des ordonnances et classer les ordonnances; exécuter des tâches de gestion de l'inventaire; réapprovisionner en médicaments les unités de soins, les armoires de nuit, les réserves d'urgence et les trousses de soins d'urgence en cas d'arrêt cardiaque; et maintenir le matériel d'emballage et de préparation[2].

4.2 Techniciens en pharmacie dans les hôpitaux

La préparation de médicaments en milieu hospitalier et dans d'autres établissements agréés n'est pas assujettie à la LPSR. Les pharmaciens qui y travaillent peuvent déléguer les aspects techniques de la préparation et de la composition des médicaments aux techniciens en pharmacie.

En milieu hospitalier, les pharmaciens font habituellement partie d'équipes de soins aux patients, ce qui leur laisse moins de temps pour la préparation. Cette façon de faire, jumelée au nombre élevé de postes de pharmacien d'hôpital à combler partout au Canada, explique pourquoi les techniciens en pharmacie y assument de plus grandes responsabilités dans la préparation des médicaments[3].

Dans ce contexte, le pharmacien peut se limiter à examiner l'ordonnance par rapport au profil du patient, à vérifier l'enregistrement de l'ordonnance et à fournir des services cliniques. Afin d'offrir un modèle indiquant la bonne exécution de ces fonctions, la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux a publié des directives et des objectifs concernant les programmes de formation des techniciens en pharmacie d'hôpitaux.

---

[2] Ordre des pharmaciens de l'Ontario, demande de réglementation des techniciens en pharmacie, avril 2005.

[3] Association des pharmaciens du Canada, *Environmental Scan of Pharmacy Technicians*, 2001.

4.3 Secteur communautaire

À l'échelle communautaire, on trouve des techniciens en pharmacie dans les pharmacies faisant partie de chaînes, dans les grands magasins et dans les épiceries. Ces points de service doivent détenir le titre de pharmacie agréée en vertu de la LRMP. Seuls les pharmaciens y sont autorisés à préparer des médicaments.

Mise à part cette restriction, le rôle que jouent les techniciens en pharmacie dans le secteur communautaire est généralement moins structuré qu'en milieu institutionnel. En effet, on peut relever des différences importantes d'un magasin à l'autre, ou même d'un quart de travail à l'autre au sein d'un établissement. En outre, les techniciens d'une même pharmacie peuvent remplir des fonctions différentes[4].

4.4 Études et formation

On estime aujourd'hui à 20 000 le nombre d'employés auxiliaires qui agissent comme techniciens en pharmacie non réglementés en Ontario. Dans le secteur du détail, ces personnes sont supervisées par des pharmaciens, tandis que dans le secteur hospitalier, elles remplissent des fonctions déléguées.

De nombreux intervenants se préoccupent du fait que les études, la formation et d'autres exigences applicables à ce groupe de personnes ne sont pas normalisées, et que les compétences varient d'un endroit à l'autre. Par exemple, les programmes de diplôme offerts par les collèges d'enseignement professionnel peuvent être très différents de ceux que proposent les collèges communautaires. Ce manque d'uniformité dans la formation a fait en sorte que, au milieu des années 1990, il n'y avait aucune harmonisation dans les connaissances et les compétences des techniciens en pharmacie[5]. Cette situation a poussé l'OPO à établir le programme d'agrément volontaire.

Dans sa soumission au CCRPS[6], l'Association des hôpitaux de l'Ontario a fait remarquer que, du point de vue de la sécurité des patients, la réglementation normaliserait les exigences d'entrée dans la profession en matière d'éducation et de compétences.

> Afin de déléguer les tâches de préparation et de composition, de nombreux hôpitaux exigent des techniciens une attestation montrant qu'ils ont terminé un programme de formation officielle au niveau collégial. Or, il n'existe actuellement aucune formation normalisée en technique de pharmacie. Récemment, bon nombre d'hôpitaux ont ajouté l'agrément de technicien en pharmacie de l'OPO à leurs critères d'embauche. La réglementation de la profession devra faire en sorte que les programmes d'éducation répondent à des normes minimales.

---

[4] Ibid., p. 5.
[5] Ordre des pharmaciens de l'Ontario, demande de réglementation des techniciens en pharmacie, avril 2005.
[6] Association des hôpitaux de l'Ontario, soumission au CCRPS, juin 2005.

4.5 Association canadienne des techniciens pharmaceutiques

L'Association canadienne des techniciens pharmaceutiques (ACTP) compte des chapitres en Alberta, au Manitoba, en Nouvelle-Écosse et en Ontario. Ses 300 membres ontariens ont suivi des parcours divers; certains ont étudié dans un collège ou un centre de formation, tandis que d'autres ont été formés en cours d'emploi. L'ACTP souhaite faciliter la communication et l'échange de renseignements entre techniciens et informer ces derniers au sujet des possibilités d'emploi.

L'ACTP n'observe pas de procédure officielle de traitement des plaintes et de discipline. Elle reçoit un nombre négligeable de plaintes du public chaque année; le cas échéant, elle oriente le plaignant vers l'organisme de réglementation compétent[i].

5. Proposition de l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario

5.1 Proposition

L'OPO propose que les techniciens en pharmacie soient réglementés en vertu de la *Loi de 1991 sur les pharmaciens* à titre de techniciens en pharmacie autorisés, et qu'ils soient membres de l'OPO dans la catégorie « techniciens en pharmacie ». Les techniciens en pharmacie autorisés seraient autorisés à remplir un plus large éventail de fonctions et seraient tenus responsables de leur travail. Cette mesure permettrait aux pharmaciens de se concentrer sur la thérapie en les dégageant des aspects techniques de l'exécution des ordonnances[ii].

Compte tenu de la grande variété d'expériences en éducation et en formation constatée chez les techniciens en pharmacie, il apparaît, selon la proposition, que :

> Quel que soit le cheminement parcouru, la législation actuelle ne reconnaît pas les techniciens en pharmacie; leur profession n'est assujettie à aucun champ d'exercice, ni à aucune norme de pratique ou code de déontologie; en outre, l'OPO ne les tient pas responsables de leur travail devant le public. Leur rôle se limite aux tâches énumérées dans le document *Guidelines for the Pharmacist on the Role of the Pharmacy Technician* (OCP, 1994)[iii].

Une fois la réglementation en vigueur, les pharmaciens seraient toujours responsables de la supervision générale de l'établissement et des tâches axées sur les patients, comme la prévention, la reconnaissance et la résolution des problèmes liés aux médicaments.

Les techniciens en pharmacie autorisés ne pourraient pas fournir des services de façon distincte ou à l'extérieur d'une pharmacie, ni fournir des services sans la présence d'un pharmacien dans un milieu pharmaceutique agréé, conformément à la LRMP.

---

[i] Ibid., p. 55, 57 et 64.
[ii] Ordre des pharmaciens de l'Ontario, demande de réglementation des techniciens en pharmacie, avril 2005.
[iii] Ordre des pharmaciens de l'Ontario, demande de réglementation des techniciens en pharmacie, avril 2005.

Parallèlement à cette proposition, l'OPO tente de faire modifier la LRMP pour que les techniciens en pharmacie autorisés puissent composer et préparer des médicaments dans les pharmacies agréées. En milieu hospitalier, les techniciens en pharmacie autorisés fourniraient des services techniques de façon autonome, tout en étant soumis aux procédures de surveillance et de contrôle de la qualité de l'établissement. Dans tous les cas, les pharmaciens fourniraient des services de consultation aux patients et vérifieraient l'exécution des ordonnances.

L'OPO a recommandé un profil de compétences applicable aux techniciens en pharmacie et a proposé des normes de pratique pour les techniciens en pharmacie autorisés. En outre, il révise actuellement son code de déontologie afin de tenir compte du recours à cette profession. Ces documents définiront ensemble le rôle des techniciens en pharmacie réglementés et préciseront les nouveaux services que ceux-ci seront appelés à fournir, tels que les suivants :

- recevoir de nouvelles ordonnances ou des renouvellements de prescripteurs autorisés;
- transférer des ordonnances à d'autres pharmacies ou en recevoir d'autres pharmacies;
- reproduire des ordonnances à l'intention des personnes autorisées;
- vérifier les produits pharmaceutiques préparés par un autre technicien en pharmacie autorisé ou par un membre du personnel pharmaceutique non réglementé;
- confirmer la justesse et la quantité des produits pharmaceutiques à remettre aux patients;
- acheminer au pharmacien les demandes de renseignements et/ou les questions exigeant une décision concernant le traitement.

Les actes de préparation et de composition autorisés aux techniciens en pharmacie seront différents de ceux qui incomberont aux pharmaciens. En effet, les techniciens en pharmacie autorisés ne pourront se charger que des aspects techniques de ces actes.

L'OPO a décrit les aspects techniques de la préparation et de la composition des médicaments dans le document *Protocol for Delegating Dispensing and Compounding in Health Care Facilities* (protocoles pour déléguer la préparation et la composition des médicaments dans les établissements de soins de santé) :

- recevoir l'ordonnance écrite;
- comprendre (lire attentivement) l'ordonnance;
- tenir compte des politiques approuvées dans l'exécution de l'ordonnance (par exemple, politiques sur les médicaments équivalents dans les hôpitaux);
- enregistrer l'ordonnance;
- sélectionner le médicament (c.-à-d., déterminer le produit à préparer);
- reconstituer le produit;
- établir la date de péremption du produit;
- remballer le médicament (dans un flacon, un emballage-portion, une seringue, etc.);
- étiqueter le produit;

- vérifier une dernière fois le produit en tant que tel pour s'assurer qu'il est conforme à l'ordonnance;
- mettre à jour (avec exactitude) le profil du patient;
- maintenir, préparer et utiliser du matériel.

La composition des médicaments peut exiger de manipuler des médicaments topiques et oraux préparés extemporanément et non stériles ainsi que des mélanges intraveineux et d'autres préparations stériles. Les aspects techniques de ce travail sont les suivants :

- sélectionner les ingrédients;
- mesurer les quantités;
- déterminer le matériel à utiliser;
- préparer le produit en fonction de la formule et du protocole approuvés;
- mener la procédure de contrôle de la qualité établie;
- vérifier une dernière fois le produit en tant que tel.

Les techniciens en pharmacie autorisés ne pourront communiquer que certains renseignements pharmaceutiques aux patients. Le document *Proposed Standards of Practice for Registered Pharmacy Technicians* (normes de pratique proposées pour les techniciens en pharmacie autorisés) de l'OPO indique avec précision les cas où le technicien en pharmacie doit orienter le patient vers le pharmacien (par exemple, pour la communication de renseignements cliniques ou thérapeutiques).

5.2 Nouvelles capacités

Dans sa proposition, l'OPO reconnaît que l'exécution des aspects techniques de la composition et de la préparation qui serait permise aux techniciens en pharmacie autorisés exige de nouvelles connaissances et capacités. Celles-ci distingueraient d'ailleurs ces derniers des autres membres du personnel pharmaceutique auxiliaire.

Les techniciens en pharmacie autorisés assumeraient de nouvelles responsabilités en matière de distribution et d'assurance de la qualité, notamment les suivantes : sélectionner la technologie convenant à la tâche et l'utiliser efficacement, appliquer les procédures de lutte contre les infections avec expertise, veiller au déroulement sécuritaire des tâches à risque élevé, exécuter les processus de prévention et de réduction des erreurs, appliquer les procédures de retrait et d'élimination des médicaments, mener des vérifications, assurer la gestion des inventaires, et élaborer, mettre en oeuvre et évaluer des indicateurs de qualité. Ils travailleraient également avec la direction de la pharmacie afin d'établir les besoins en personnel et l'horaire du personnel.

Les techniciens en pharmacie autorisés seraient responsables d'assurer la confidentialité des divers renseignements enregistrés dans les dossiers personnel et médical du patient : données générales, renseignements sur les ordonnances et autres renseignements pharmaceutiques. De plus, ils devraient être capables de reconnaître les problèmes de nature thérapeutique afin de les signaler au pharmacien.

6. Complexité de la proposition

Lors de l'examen de la proposition, le CCRPS avait conscience que l'OPO a pris des mesures importantes pour soutenir la mise en valeur du rôle professionnel des pharmaciens, laquelle doit se faire au moyen d'un processus évolutif visant l'accroissement des compétences du personnel auxiliaire.

Aux yeux du CCRPS, trois facteurs ont contribué à la complexité de la demande de réglementation des techniciens en pharmacie présentée par l'OPO :

1. la création antérieure par l'OPO d'un programme de « technicien en pharmacie agréé », distinct du programme proposé de « technicien en pharmacie autorisé », a causé une certaine incertitude ou confusion;

2. les programmes d'éducation exigés par la mise en oeuvre du titre de technicien en pharmacie autorisé ne sont pas encore en place, et risquent de ne pas être mis en place tant que le gouvernement ne procède pas à la réglementation proposée;

3. la loi autorise actuellement les techniciens en pharmacie à exécuter différentes tâches, selon qu'ils travaillent dans une pharmacie agréée ou en milieu institutionnel.

7. Facteurs soutenant la recommandation du CCRPS

7.1 Réglementation ou délégation

Le CCRPS a comparé les avantages de la réglementation des techniciens en pharmacie en tant que catégorie professionnelle distincte et ceux de la délégation de certaines tâches de préparation par les pharmaciens. Des intervenants ont proposé de renforcer les critères d'agrément des techniciens en pharmacie et de déléguer certains aspects de la préparation aux techniciens agréés. Cette mesure exigerait de modifier la LRMP.

> Nous croyons que la délégation établit un juste équilibre entre, d'une part, le besoin de libérer les pharmaciens des tâches techniques de base au profit d'autres activités et, d'autre part, la nécessité de maintenir la confiance du public dans les services de pharmacie. De plus, le modèle de délégation peut être plus clair; il permet notamment de faire la distinction entre la composition complexe et la composition simple (par exemple, médicament anticancéreux individualisé par rapport à mélange d'un ingrédient actif dans une crème). Le recours à des techniciens en pharmacie autorisés agissant comme praticiens autonomes rendrait impossible ce type de distinction.
>
> Ontario Medical Association[10]

[10] Soumission au CCRPS, juin 2005.

La plupart des intervenants ont cependant défendu l'autre option. Par exemple :

> La préparation de médicaments présente un risque de préjudice qui justifie la mise en oeuvre entière des dispositions prévues par la réglementation en vertu de la LPSR.
>
> Ordre des diététistes de l'Ontario[11]

Après avoir analysé la question en profondeur, le CCRPS constate que la délégation n'offre pas de mécanisme permettant de régler certains points relatifs à la prestation de services pharmaceutiques :

1. *Responsabilité* – Selon le CCRPS, la délégation ne peut à elle seule assurer la qualité des services de préparation dans les pharmacies agréées ni investir les techniciens en pharmacie d'une responsabilité suffisante.

2. *Normes de pratique* – Le contexte actuel ne permet pas d'harmoniser les compétences des techniciens en pharmacie. Or, la délégation ne peut pas régler ce problème.

Le CCRPS a conclu que la réglementation règle les lacunes inhérentes à la délégation et qu'elle permet d'améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients dans l'ensemble du secteur pharmaceutique.

La réglementation permettrait aussi à l'OPO de surveiller la qualité des services et les compétences des techniciens en pharmacie dans toutes les pharmacies de l'Ontario. Les patients et les clients auraient accès à un processus de plainte en cas de problème dans la préparation de leurs médicaments par un professionnel. La réglementation assurerait aussi le maintien de compétences et d'exigences d'entrée dans la profession.

Le CCRPS est d'avis que la réglementation des techniciens en pharmacie contribuera à améliorer et à maintenir la sécurité des patients et la qualité des services dans tout le secteur pharmaceutique de l'Ontario, que ce soit dans le commerce de détail, les hôpitaux ou le milieu institutionnel. En outre, elle permettra aux pharmaciens de collaborer davantage avec d'autres fournisseurs de services professionnels, y compris les prescripteurs, ce qui devrait accroître la qualité des soins prodigués aux patients.

7.2 Risque de préjudice

Il est généralement admis que l'acte de composition et de préparation des médicaments (autorisé en vertu de la LPSR) comporte en soi un risque de préjudice pour le patient.

Il convient toutefois d'examiner un certain type de risque qui a été porté à l'attention du CCRPS.

---

[11] Soumission au CCRPS, juin 2005.

Ordonnances verbales

Les ordonnances verbales sont les ordonnances communiquées ou modifiées de vive voix en personne ou par téléphone. Dit simplement, ce sont les ordonnances non écrites. Aux États-Unis, le programme de signalement des erreurs dans la pharmacopée a révélé que le quart environ des erreurs liées aux médicaments étaient imputables à la confusion générée par les noms de médicaments semblables. Les ordonnances verbales sont un facteur important dans ce type d'erreur.

Devant ce constat, le conseil national américain de coordination du signalement et de la prévention des erreurs dans les médicaments (NCCMERP) a formulé d'importantes recommandations[12] concernant les ordonnances verbales (voir à ce sujet le rapport du CCRPS sur le cadre législatif). La Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux a également publié des directives à cet égard.

Bon nombre d'intervenants ont souligné le besoin d'établir des protocoles et se demandent s'il est opportun de permettre aux techniciens en pharmacie autorisés de recevoir des ordonnances verbales :

> La réception d'ordonnances verbales est une tâche qui peut et doit être mise en question. La plupart des professionnels de la santé croient que cette pratique doit être évitée, étant donné le risque d'erreur inhérent à ce type d'ordonnance. Il y a lieu de faire le point sur la question ou de ne permettre que la clarification verbale des ordonnances écrites[13].
>
> Humber School of Health Sciences

Action Cancer Ontario estime que, par souci de sécurité, seuls les pharmaciens devraient être autorisés à recevoir des ordonnances verbales – y compris par téléphone – de médicaments antinéoplastiques, ceux-ci étant des préparations hautement toxiques. Pour sa part, l'Association des hôpitaux de l'Ontario craint que l'octroi de responsabilités aux techniciens en pharmacie concernant la réception des ordonnances verbales pourrait exposer les patients à un risque.

L'Association canadienne des chaînes de pharmacies s'appuie sur les directives[14] de l'American Society of Hospital Pharmacists (ASHP) à ce sujet :

> Selon l'ASHP, la prévention des erreurs exige que seuls les médecins, les pharmaciens et le personnel infirmier soient autorisés à dicter et à recevoir des ordonnances verbales. Dans de nombreux cas, les différences entre deux produits sont difficiles à saisir, même pour les praticiens les plus expérimentés.

[12] ©NCCMERP, recommandations du conseil, 20 février 2001.
[13] Soumission au CCRPS, juin 2005.
[14] American Society of Hospital Pharmacists, Am J Hosp Pharm, 1993.

> Le risque d'erreur découle du fait que l'on exécute parfois des ordonnances de mémoire et que la capacité de communiquer et la prononciation des médicaments peut varier d'une personne à l'autre. En outre, il peut arriver que, au cours d'un échange, on n'accorde pas toute l'importance nécessaire aux demandes d'autres fournisseurs de soins de santé concernant les aspects thérapeutiques du profil d'un patient; il est alors difficile pour le technicien en pharmacie de déterminer si le pharmacien doit participer à l'échange. Les directives établies pour aider à éliminer les erreurs et pour améliorer la sécurité des patients dans le cas des ordonnances verbales prévoient notamment de limiter le nombre de praticiens autorisés à recevoir ce type d'ordonnance. Or, la proposition qui consiste à accroître le rôle des techniciens et les normes connexes semble ne tenir aucun compte de ces directives. En ce sens, elle pourrait compromettre la sécurité des patients.

Le CCRPS observe que les ordonnances verbales présentent un risque pour la sécurité des patients, peu importe si elles sont reçues par un pharmacien ou un technicien en pharmacie. Pour cette raison, il faudrait décourager leur utilisation. En cette ère de l'électronique, on s'étonne que cette pratique perdure dans les cas qui ne relèvent pas de l'extrême urgence. En effet, on constate un risque de préjudice important dans la communication et l'exécution de ce type d'ordonnance. Le CCRPS présente à cet égard la recommandation suivante.

> **Que les règlements relatifs à la *Loi de 1991 sur les pharmaciens* précisent que la réception d'ordonnances verbales ne soit pas permise aux techniciens en pharmacie autorisés.**

À la suite des recommandations relatives au cadre législatif, le CCRPS recommande également ce qui suit.

> **Que le ministre émette une directive demandant à l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario, de même qu'aux autres ordres professionnels dont les membres sont autorisés à prescrire des médicaments, soit l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, l'Ordre royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario, l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario et l'Ordre des sages-femmes de l'Ontario, d'établir individuellement et collectivement des protocoles relatifs aux ordonnances verbales.**

Lors de l'établissement conjoint de directives sur les ordonnances verbales, il y aurait lieu d'envisager les mesures suivantes :

- limiter le plus possible les ordonnances verbales;
- confirmer par courriel les ordonnances verbales;
- déterminer les situations qui présentent un risque de préjudice élevé, comme dans le cas de certaines catégories de médicaments (dont les antinéoplastiques), et élaborer des stratégies pour régler correctement ces situations;
- désigner les professionnels aptes à produire des ordonnances verbales.

7.3 Qualifications

Le CCRPS convient avec l'OPO que, pour être en mesure de bien s'acquitter de leurs nouvelles fonctions et responsabilités, les techniciens en pharmacie autorisés devront acquérir un ensemble de connaissances distinctes, répondre à des exigences précises en matière d'éducation et de formation, et passer un examen d'agrément. Il n'y a pas encore de programme d'éducation pour devenir technicien en pharmacie autorisé au Canada; il faudra donc créer des programmes qui permettront aux techniciens de répondre aux exigences de l'OPO sur l'entrée dans la profession. À cette fin, l'OPO s'est engagé à travailler avec d'autres organismes canadiens de réglementation professionnelle et le MFCU à l'établissement d'exigences précises en matière d'éducation, de formation pratique, d'examen et d'inscription à l'ordre.

Certaines questions devront être abordées :

1. *Ensemble de connaissances* – L'OPO a intégré un ensemble de connaissances de base dans son *profil de compétences applicable aux techniciens en pharmacie* et dans ses *normes de pratique proposées pour les techniciens en pharmacie autorisés*. La réglementation permettrait à l'OPO de mettre au point ces exigences.

2. *Programmes d'éducation* – Les collèges communautaires qui connaissent bien les initiatives de l'OPO conviennent que les programmes d'éducation menant au titre de technicien en pharmacie autorisé seront bien plus riches que les programmes actuels de techniques en pharmacie. Ces programmes restent à mettre sur pied, mais cela ne devrait pas prendre de temps, car les fournisseurs agréés se connaissent déjà par le biais des réseaux professionnels de chefs des programmes de santé et de sciences et des programmes de techniciens en pharmacie établis par le MFCU. L'OPO ne peut pas compter sur d'autres provinces pour offrir le programme requis, l'Ontario étant la première à procéder à la réglementation des techniciens en pharmacie.

3. *Examen d'entrée dans la profession* – De concert avec le Conseil canadien de l'agrément des programmes de pharmacie et la Canadian Pharmacy Technician Educators Association, l'OPO étudie la possibilité d'élaborer des normes de compétence et des résultats d'apprentissage nationaux qui serviront à l'agrément des techniciens en pharmacie de partout au Canada. De plus, il prévoit collaborer avec le Bureau des examinateurs en pharmacie du Canada à la création d'un examen d'agrément national volontaire pour les techniciens en pharmacie de tout le pays.

4. *Pas de droits acquis* – Comme les nouvelles exigences en matière d'éducation et de compétences seront modifiées fondamentalement et qu'elles seront plus élevées que celles qui s'appliquent actuellement aux techniciens en pharmacie, il ne saurait être question d'accorder automatiquement à ces derniers le droit d'appartenir à la nouvelle catégorie. Pour pouvoir pratiquer en

> tant que techniciens en pharmacie autorisés, les personnes qui travaillent aujourd'hui dans le domaine (techniciens en pharmacie agréés et autres) seront plutôt invitées à perfectionner leurs connaissances dans la mesure nécessaire et à passer l'examen de qualification.

L'OPO estime pouvoir établir des résultats d'apprentissage, un processus d'agrément et des normes d'agrément dans un délai de deux ans. Il a déjà défini un processus visant l'élaboration de programmes d'évaluation des acquis et d'éducation compensatoire. Le CCRPS est convaincu que les praticiens pourront satisfaire les exigences relatives à l'éducation et commencer à pratiquer lorsque la nouvelle législation sera promulguée.

Par ailleurs, le CCRPS est d'avis que, si le projet de réglementation des techniciens en pharmacie meurt au feuilleton, les mesures prises pour agréer les programmes d'éducation et les établissements et pour établir de nouveaux programmes d'études vont probablement prendre fin.

7.4 Supervision

Étant donné que les techniciens en pharmacie autorisés formeront une nouvelle profession en vertu de la LPSR, il est impossible pour le CCRPS de juger s'ils sont adéquatement supervisés à l'heure actuelle. En outre, compte tenu que les milieux de travail visés sont variés et assujettis à différentes exigences juridiques et politiques des employeurs, le CCRPS ne peut pas déterminer si les techniciens en pharmacie non réglementés sont aujourd'hui suffisamment supervisés partout et en tout temps. On a signalé au CCRPS que la qualité du travail d'un nombre important de techniciens en pharmacie non réglementés n'est pas surveillée efficacement par des superviseurs agissant eux-mêmes à titre de professionnels réglementés.

Malgré le caractère anecdotique de ces précisions, le CCRPS est convaincu que la réglementation de la profession fera en sorte que les techniciens en pharmacie réglementés et compétents seront responsables individuellement de l'exécution et de la qualité de leur travail. De plus, la réglementation procurera à l'OPO un nouveau moyen de surveiller la qualité des services rendus dans tous les milieux de travail.

7.5 Volonté des praticiens d'être réglementés

Les techniciens en pharmacie de l'Ontario n'ont pas demandé d'être réglementés en tant qu'ordre professionnel distinct en vertu de la LPSR. Ils ont plutôt appuyé la proposition de l'OPO selon laquelle les techniciens en pharmacie réglementés devraient constituer une catégorie assujettie à la *Loi de 1991 sur les pharmaciens*. La direction et les membres du chapitre ontarien de l'Association canadienne des techniciens pharmaceutiques ont contribué à cette initiative de l'OPO et ont pris part à différents comités chargés de faire progresser le projet de réglementation.

Les techniciens en pharmacie peuvent choisir entre deux associations bien établies : l'Association canadienne des techniciens pharmaceutiques, qui agit à titre d'association professionnelle, et l'Ontario Pharmacists' Association.

Selon l'OPO, l'intérêt croissant manifesté à l'égard de son programme d'agrément volontaire témoigne d'un engagement à améliorer le niveau et la qualité des soins de santé, ainsi que d'un désir de réglementation. Tant que les programmes d'éducation et de formation compensatoire n'auront pas été mis sur pied, cependant, il sera difficile d'établir le nombre de techniciens en pharmacie actuels qui opteront pour le titre de technicien en pharmacie autorisé.

7.6 Ressources humaines

La création d'une nouvelle catégorie de praticiens en pharmacie pourrait aider à alléger les pressions croissantes sur le système de santé.

- En l'an 2000, l'Association des pharmaciens du Canada, en collaboration avec Développement des ressources humaines Canada, a présenté un rapport intitulé *A Situational Analysis of Human Resource Issues in the Pharmacy Profession in Canada* (analyse situationnelle des questions de ressources humaines dans le secteur de la pharmacie au Canada). Celui-ci a confirmé l'existence d'une pénurie de pharmaciens au Canada et a recommandé vivement d'envisager la possibilité de confier de nouvelles fonctions aux techniciens en pharmacie afin d'atténuer les effets de cette pénurie. On a d'ailleurs indiqué au CCRPS que, dans les régions où les pharmaciens ne suffisaient pas à répondre aux besoins de la population, les employeurs avaient la possibilité d'embaucher davantage de techniciens en pharmacie autorisés.

- La baisse du nombre de nouveaux médecins exerce une autre pression sur le système de santé. Le recours accru aux équipes collaboratives de soins de santé peut apporter un certain répit, mais les pharmaciens doivent mettre moins l'accent sur les aspects techniques et administratifs de leur travail pour se concentrer sur d'autres fonctions. Les nouvelles responsabilités proposées pour les techniciens en pharmacie autorisés permettront aux pharmaciens de jouer un plus grand rôle dans leur collectivité en tant que partenaires actifs des équipes de soins familiaux.

Lors des consultations menées par le CCRPS, certains ont dit craindre que les effectifs de techniciens en pharmacie ne suffiront pas à répondre à la demande en Ontario et au Canada dans les années suivant la réglementation. Le CCRPS note à ce sujet que le College of Pharmacists of British Columbia travaille avec le Bureau des examinateurs en pharmacie du Canada afin d'établir un processus d'examen pour devenir technicien en pharmacie réglementé. D'autres provinces et territoires suivraient également cette voie. Comme des normes nationales sont proposées ou envisagées dans plusieurs provinces, les personnes formées ailleurs seraient qualifiées pour pratiquer en Ontario.

Le CCRPS a aussi pris connaissance de préoccupations selon lesquelles une nouvelle catégorie de praticiens en pharmacie réglementés pourrait déplacer les autres membres du personnel pharmaceutique, et même les pharmaciens, qui travaillent derrière le comptoir. Certains intervenants

estiment que l'OPO devrait fixer des directives sur le mélange adéquat de pharmaciens et de techniciens dans les différents types de milieu de travail afin d'assurer la sécurité du public.

Le CCRPS est d'accord.

7.7 Services aux patients

L'OPO fait valoir que, grâce à la réglementation des techniciens en pharmacie, les pharmaciens auront plus de temps pour fournir des services essentiels aux patients, aux clients et à d'autres professionnels de la santé. Il s'agit notamment de la communication de conseils, de la consultation sur les médicaments, de la gestion de la santé et de la participation aux programmes de prévention. Le rapport Lowy a reconnu que ces services supplémentaires avaient une grande importance dans l'amélioration de la sécurité des patients et dans la réduction du risque de préjudice.

7.8 Impact économique

L'OPO ne prévoit pas que la réglementation des techniciens en pharmacie aura un effet sur le nombre d'ordonnances remboursées par le Régime de médicaments gratuits de l'Ontario; il ne devrait donc pas y avoir de charge supplémentaire pour le gouvernement. Seuls des changements démographiques et l'adoption de nouvelles pratiques par les prescripteurs pourraient avoir un impact à cet égard.

8. Résumé des arguments en faveur de la réglementation

Du point de vue de la sécurité des patients, la réglementation des techniciens en pharmacie établirait des normes en matière d'éducation et de formation et un processus d'examen provincial normalisé, et permettrait de maintenir les compétences par le biais d'un programme d'assurance de la qualité. En outre, elle mettrait en place un processus transparent relativement au traitement des plaintes, à la discipline, aux relations avec les patients et à l'aptitude professionnelle, et accroîtrait la responsabilité des techniciens en pharmacie autorisés.

Le CCRPS est d'avis que la sécurité des patients pourrait être compromise par la pénurie de praticiens qualifiés, le manque de supervision et l'administration déficiente des protocoles et des processus. La réglementation des techniciens en pharmacie en tant que catégorie assujettie à la *Loi de 1991 sur les pharmaciens* contribuera à l'efficacité et à la viabilité du système de santé en s'attaquant aux problèmes de ressources humaines et en permettant une meilleure utilisation des compétences des pharmaciens et des techniciens en pharmacie.

Le CCRPS présente donc la recommandation suivante.

> **Que la profession de technicien en pharmacie soit réglementée en Ontario.**

9. Formes de réglementation possibles

9.1 Catégorie de l'OPO

Ayant conclu que le public serait mieux servi si les techniciens en pharmacie étaient réglementés, le CCRPS a envisagé différentes façons d'y parvenir.

Selon la proposition de l'OPO, appuyée par l'Association canadienne des techniciens pharmaceutiques, il faudrait créer une nouvelle catégorie de techniciens en pharmacie autorisés au sein de l'OPO.

Le CCRPS a examiné cette proposition et d'autres formes de réglementation, et présente la recommandation suivante.

> **Que les techniciens en pharmacie soient réglementés en tant que catégorie de l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario.**

9.2 Champ d'exercice et actes autorisés

Le CCRPS a évalué si les techniciens en pharmacie réglementés devaient observer un champ d'exercice distinct. Il a déterminé que le champ d'exercice, qui constitue l'énoncé général du travail de la profession, n'avait pas à être modifié.

Le CCRPS a ensuite considéré si la *Loi de 1991 sur les pharmaciens* devait comporter une disposition distincte portant expressément sur les actes autorisés à chaque profession. L'autre option serait de maintenir la description actuelle des actes autorisés aux pharmaciens pour les deux professions. L'OPO définirait ensuite des modalités et des restrictions applicables aux techniciens en pharmacie autorisés.

Par souci de clarté pour le public, les membres de la profession et d'autres professionnels de la santé, le CCRPS estime que la Loi devrait définir des actes autorisés distincts à l'intention des techniciens en pharmacie autorisés. Les actes autorisés aux pharmaciens ne changeraient pas. Le CCRPS présente donc la recommandation suivante.

Que la description des actes autorisés aux techniciens en pharmacie soit la suivante :

> **Dans le cadre de la pratique de la pharmacie, tout membre inscrit en tant que technicien en pharmacie conformément aux règlements applicables est autorisé à préparer, à vendre et à composer des médicaments, sous réserve des modalités et des restrictions imposées à son certificat d'inscription.**

Le CCRPS recommande également que la LRMP soit modifiée en conséquence :

> **Que les techniciens en pharmacie autorisés puissent préparer et composer des médicaments conformément au paragraphe 117(1) de la *Loi sur la réglementation des médicaments et des pharmacies.***

9.3 Titre

La réglementation devrait permettre aux membres du public, aux patients et à leurs familles de faire la distinction entre les personnes qui ont qualité pour pratiquer à titre de technicien en pharmacie autorisé et celles qui ne sont pas qualifiées. Le CCRPS est d'accord avec l'OPO pour que le titre de « technicien en pharmacie autorisé » soit réservé à ce groupe, et que les personnes non réglementées ne puissent l'utiliser. Cette mesure exigera de modifier la *Loi de 1991 sur les pharmaciens* pour qu'elle précise qui peut détenir le titre et qui n'y a pas droit. Le CCRPS présente donc la recommandation suivante.

Que la disposition de la *Loi de 1991 sur les pharmaciens* portant sur les titres réservés soit modifiée de la façon suivante :

> **Nul autre qu'un membre ne doit employer les titres d'« apothicaire », de « pharmacien droguiste », de « pharmacien », de « pharmacien chimiste » ou de « technicien en pharmacie autorisé », une variante ou une abréviation, ou un équivalent dans une autre langue.**

Et que, en ce qui concerne la déclaration de compétence :

> **Nul autre qu'un membre ne doit se présenter comme une personne ayant qualité pour exercer en Ontario la profession de pharmacien ou de technicien en pharmacie autorisé ou une spécialité de la pharmacie.**

Le CCRPS estime que, s'il décide de laisser en place le programme de technicien en pharmacie agréé, l'OPO devrait changer sans tarder le titre de « technicien en pharmacie agréé » et le nom du programme de formation, et en aviser ses membres ainsi que les partenaires du programme afin de ne pas créer de confusion pour le public, les membres de la profession et les autres professionnels de la santé. Le CCRPS suggère également à l'OPO d'envisager différentes options pour permettre au public de bien faire la distinction entre les titres de compétence du personnel pharmaceutique qui travaille derrière le comptoir.

9.4 Représentation au Conseil

Comme il est proposé que la profession de technicien en pharmacie autorisé soit assujettie à la législation applicable, il convient qu'elle soit représentée au Conseil de l'OPO. Le nombre de pharmaciens siégeant au Conseil changera en conséquence. De plus, étant donnée que deux universités seront dorénavant représentées au Conseil, il faudra aussi modifier la proportion de membres professionnels et de représentants du public. Le CCRPS présente donc la recommandation suivante.

> **Que le Conseil de l'OPO soit composé a) de neuf à seize personnes élues parmi les membres de l'OPO conformément aux règlements applicables, dont sept à douze pharmaciens, et deux à quatre techniciens en pharmacie autorisés; b) de dix à quinze non-professionnels nommés par le lieutenant-gouverneur en conseil, et c) du doyen de chacune des facultés de pharmacie en Ontario.**

10. Transition à la réglementation

Contrairement à d'autres nouvelles professions, le travail de transition qu'exige la réglementation des techniciens en pharmacie peut être accompli au sein même de l'OPO, qui peut compter sur un mélange de professionnels, de membres du public et de membres de l'enseignement, et sur une longue expérience du recours à des intervenants externes. Comme ce travail peut être confié à un comité intérimaire de l'OPO, il ne sera pas nécessaire de créer un conseil de transition légal.

10.1 Activités du comité intérimaire

Le CCRPS prend acte de l'initiative que l'OPO a entreprise afin de jeter les bases d'une nouvelle catégorie de praticiens réglementés, le technicien en pharmacie autorisé. En préparation à la réglementation, le comité intérimaire de pharmaciens, de techniciens en pharmacie et de membres de l'enseignement doit prendre une série de mesures, dont les suivantes.

Critères d'entrée dans la profession, notamment :

- évaluation des acquis et exigences en matière d'éducation;
- administration d'examens écrits et pratiques pour l'obtention du permis;
- mise en oeuvre de programmes de formation et d'éducation compensatoires pour faciliter l'inscription des techniciens en pharmacie agréés actuels et d'autres personnes.

Normes de pratique – capacités

- profil de compétences destiné aux techniciens en pharmacie autorisés;
- normes de pratique destinées aux techniciens en pharmacie autorisés;
- exigences en matière de résultats d'apprentissage établies selon les compétences proposées pour les techniciens en pharmacie autorisés.

Exigences en matière d'éducation

- confirmation des changements apportés aux programmes actuels en compagnie des membres de l'enseignement et du MFCU;
- normes d'agrément destinées aux fournisseurs de services d'éducation.

Normes de pratique – lieux de travail

- directives sur les niveaux de ressources humaines à maintenir dans divers lieux où travaille le personnel de pharmacie;
- stratégie pour surveiller la qualité du travail des techniciens en pharmacie autorisés;
- directives sur les relations de travail entre les techniciens en pharmacie autorisés et le personnel non réglementé.

Conseil

- règlements sur l'élection de techniciens en pharmacie autorisés au Conseil;
- représentation des techniciens en pharmacie autorisés dans les comités du Conseil;
- processus d'inscription distinct mais parallèle pour les techniciens en pharmacie;
- programme parallèle d'assurance de la qualité pour les techniciens en pharmacie.

Transparence

- code de déontologie applicable aux techniciens en pharmacie;
- stratégie de communication concernant les orientations à donner aux services pharmaceutiques.

10.2 Communication

Au cours de sa réflexion, le CCRPS a remarqué que de nombreux pharmaciens et d'autres professionnels ne comprenaient pas la proposition aussi bien que prévu, tandis que d'autres étaient relativement bien informés. La réponse des techniciens en pharmacie indique que la profession est, dans une large mesure, au courant de la question, mais il a été impossible de déterminer s'il en est de même pour le personnel auxiliaire et les membres du public.

Le CCRPS est cependant d'avis que l'OPO doit se doter d'un vaste plan de communication stratégique ayant comme cibles le public, les professions de la santé réglementées concernées, les hôpitaux, les employeurs, les pharmaciens ainsi que les techniciens en pharmacie et le personnel auxiliaire qui travaillent dans les hôpitaux et les pharmacies agréées. Les autres professionnels autorisés à produire des ordonnances pourraient collaborer à l'effort d'information afin de mieux faire connaître le rôle des techniciens en pharmacie autorisés et de favoriser la confiance à cet égard; en même temps, on donnera l'occasion aux pharmaciens d'assumer des responsabilités accrues. Les pharmaciens et d'autres parties intéressées devraient être informés au sujet des activités de la transition (et de leur échéancier) effectuées en vue des premiers examens menant à l'octroi de permis.

Une bonne communication est essentielle à la réglementation de la profession de technicien en pharmacie autorisé. À cet égard, le CCRPS présente la recommandation suivante.

> **Que l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario mette en oeuvre un plan de communication stratégique au cours de la phase de transition et de l'entrée des techniciens en pharmacie autorisés dans la profession.**

11. Recommandations

Le CCRPS présente les recommandations suivantes au ministre.

1. Que les techniciens en pharmacie soient réglementés en tant que catégorie de l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario.

2. Que la description des actes autorisés aux techniciens en pharmacie soit la suivante :

   Dans le cadre de la pratique de la pharmacie, tout membre inscrit en tant que technicien en pharmacie conformément aux règlements applicables est autorisé à préparer, à vendre et à composer des médicaments, sous réserve des modalités et des restrictions imposées à son certificat d'inscription.

3. Que les techniciens en pharmacie autorisés puissent préparer et composer des médicaments conformément au paragraphe 117(1) de la *Loi sur la réglementation des médicaments et des pharmacies*.

4. Que la disposition de la *Loi de 1991 sur les pharmaciens* portant sur les titres réservés soit modifiée de la façon suivante :

   Nul autre qu'un membre ne doit employer les titres d'« apothicaire », de « pharmacien droguiste », de « pharmacien », de « pharmacien chimiste » ou de « technicien en pharmacie autorisé », une variante ou une abréviation, ou un équivalent dans une autre langue.

   et que, en ce qui concerne la déclaration de compétence :

   Nul autre qu'un membre ne doit se présenter comme une personne ayant qualité pour exercer en Ontario la profession de pharmacien ou de technicien en pharmacie autorisé ou une spécialité de la pharmacie.

5. Que le Conseil de l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario soit composé a) de neuf à seize personnes élues parmi les membres de l'Ordre conformément aux règlements applicables, dont sept à douze pharmaciens, et deux à quatre techniciens en pharmacie autorisés; b) de dix à quinze non-professionnels nommés par le lieutenant-gouverneur en conseil, et c) du doyen de chacune des facultés de pharmacie en Ontario.

6. Que les règlements relatifs à la *Loi de 1991 sur les pharmaciens* précisent que la réception d'ordonnances verbales ne soit pas permise aux techniciens en pharmacie autorisés.

7. Que le ministre émette une directive demandant à l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario, de même qu'aux autres ordres professionnels dont les membres sont autorisés à prescrire des médicaments, soit l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, l'Ordre royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario, l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario et l'Ordre des sages-femmes de l'Ontario, d'établir individuellement et collectivement des protocoles relatifs aux ordonnances verbales.

8. Que l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario mette en oeuvre un plan de communication stratégique au cours de la phase de transition et de l'entrée des techniciens en pharmacie autorisés dans la profession.

RÉGLEMENTATION DE L'HOMÉPATHIE ET DE LA NATUROPATHIE

Question du ministre

En février 2005, le ministre de la Santé et des Soins de longue durée a demandé l'avis du Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé (CCRPS) sur les questions suivantes :

> Les homéopathes doivent-ils être réglementés en vertu de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* (*LPSR*), et notamment, quel serait leur champ d'exercice, quels actes leur seraient autorisés, le cas échéant, et quels titres leur seraient réservés? En outre, est-il approprié de réglementer les homéopathes en vertu d'une loi professionnelle existante[1]?

Réponse du CCRPS

L'examen de la profession d'homéopathe amène le CCRPS à formuler la recommandation suivante : que les homéopathes forment une nouvelle profession réglementée en vertu de la *LPSR* et qu'ils relèvent d'un ordre professionnel chapeautant également la profession de naturopathe. Le CCRPS recommande en outre que la *Loi sur les praticiens ne prescrivant pas de médicaments*, qui régit actuellement les naturopathes, soit abrogée.

1. Historique de la demande

Les homéopathes de l'Ontario ont participé à la révision de la législation relative aux professions de la santé, dans les années 1980, et ont demandé d'être réglementés en vertu de la *LPSR* en 1992. Après que le ministre a demandé l'avis du CCRPS sur cette question, en 2005, l'Ontario Homeopathic Association (OHA) a soumis une proposition de « réglementation de la médecine homéopathique » en tant que nouvelle profession assujettie à la *LPSR*, laquelle préciserait le champ d'exercice des homéopathes ainsi que les actes qui leur seraient autorisés et les titres qui leur seraient réservés.

2. Contexte

2.1 L'homéopathie en Ontario

La médecine homéopathique est pratiquée depuis longtemps en Ontario. Au XIX[e] siècle, elle a été pleinement reconnue comme profession. Plusieurs établissements de soins homéopathiques ont d'ailleurs été fondés à cette époque.

[1] Lettre de demande du ministre, février 2005, annexe A.

L'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario a été fondé en 1869 comme organisme de coalition chargé de réglementer la profession médicale. Le conseil de l'ordre comprenait alors cinq représentants de l'homéopathie et cinq autres des divers domaines de la médecine. À un certain moment, les homéopathes ont été de plus en plus nombreux à obtenir leur diplôme de médecin dans une école canadienne avant de poursuivre des études supérieures en homéopathie aux États-Unis, puis de recevoir un permis de pratiquer en Ontario de la part des homéopathes examinateurs du conseil. En 1870, on comptait une cinquantaine d'homéopathes inscrits en Ontario comparativement à plus de 1 000 médecins.

Aux États-Unis, vers la fin du XIX^{e} siècle, les ordres d'homéopathes ont été graduellement marginalisés et éliminés par l'American Medical Association, plus puissante et plus influente. Au Canada, le nombre d'écoles d'homéopathie a cessé de croître et, avec le temps, les homéopathes ontariens ont eux-mêmes été marginalisés. Le déclin de la profession a été précipité par les progrès de la médecine conventionnelle, l'arrivée des antibiotiques et la montée en puissance de l'industrie pharmaceutique. Le nombre de sièges réservés aux homéopathes au conseil de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario est alors passé de cinq à deux. À la fin des années 1960, le dernier homéopathe membre du conseil est décédé, et son siège a été supprimé.

2.2 Contexte actuel en Ontario

Depuis une dizaine d'années, l'intérêt à l'égard des thérapies complémentaires et parallèles a beaucoup augmenté chez les professionnels de la santé et le public de l'Ontario. En effet, des milliers de personnes font appel régulièrement à ces types de thérapie pour obtenir les soins de santé dont elles ont besoin. Plusieurs raisons clés expliquent cette tendance en Ontario, notamment l'évolution de l'immigration et la demande croissante des consommateurs, qui souhaitent avoir le premier pouvoir de décision concernant les soins de santé qu'ils reçoivent, y compris les soins ne relevant pas de la médecine conventionnelle. C'est pourquoi, selon l'OHA, l'utilisation des thérapies complémentaires et parallèles est commune à tous les groupes de population, et ne dépend ni du mode de vie, ni du revenu.

Un étude pancanadienne commanditée par l'Association canadienne des aliments de santé en collaboration avec d'autres organismes semblables, et publiée le 14 octobre 2005, a révélé que la population canadienne dépensait chaque année 2,5 milliards de dollars en produits de santé naturels.

2.3 Thérapies complémentaires et parallèles

Les thérapies complémentaires et parallèles, dont font partie l'homéopathie, la naturopathie, la chiropratique et la massothérapie, forment un groupe de systèmes, de pratiques et de produits de médecine et de soins de santé variés que l'on ne considère pas aujourd'hui comme faisant partie de la médecine conventionnelle. Les thérapies complémentaires sont employées conjointement avec la médecine conventionnelle, tandis que les thérapies parallèles sont utilisées à la place de la médecine conventionnelle.

En même temps que le public se tourne vers les thérapies complémentaires et parallèles, on observe une augmentation du nombre d'études sur leur efficacité, et notamment d'analyses méthodiques des essais cliniques comparatifs, publiées dans des revues scientifiques révisées par des pairs.

Selon les études menées par Santé Canada, les organismes de réglementation et les associations professionnelles répondent à cette tendance en offrant à leurs membres de l'information, de la formation et des conseils sur l'utilisation convenable des thérapies complémentaires et parallèles.

L'intérêt croissant des professionnels et du public à l'endroit des thérapies complémentaires et parallèles, jumelé à la réglementation continue des fournisseurs de soins de santé parallèles, à l'augmentation du nombre de programmes d'éducation professionnels et à la publication d'analyses méthodiques des essais cliniques comparatifs, témoigne de l'évolution de la demande et de l'approche fondamentale progressivement adoptée à l'égard de ces types de thérapie.

2.4 Initiatives canadiennes en réglementation

Le regain d'intérêt manifesté à l'égard de l'homéopathie dans les années 1980 a amené l'ancienne Direction générale de la protection de la santé (DGPS) de Santé Canada à suivre de près la question. En effet, de nombreuses entreprises canadiennes intensifiaient leurs activités de fabrication ou d'importation de préparations homéopathiques. Comme elles sont supposées être utilisées dans le traitement des maladies, ces préparations sont considérées comme des médicaments au sens de la *Loi sur les aliments et drogues*. La DGPS a donc jugé qu'il fallait attribuer un numéro d'identification du médicament (DIN) aux produits des demandeurs acceptés, en dépit de la controverse relative à leur efficacité du point de vue scientifique.

En 1990, la DGPS a proposé l'établissement de règlements touchant expressément les préparations homéopathiques. La proposition prévoyait des références acceptables aux fins de définition, des exigences en matière d'étiquetage et la création de « numéros HM » exclusifs aux préparations homéopathiques. Les numéros HM devaient être attribués aux produits respectant les critères de la DGPS et pour lesquels un DIN avait déjà été émis.

Vers la même époque, la DGPS a diffusé une Lettre de renseignements sur les « herbes médicinales traditionnelles », qui donne des précisions sur la classification des herbes et fournit des directives générales sur l'étiquetage et des monographie normalisées. Même si les préparations homéopathiques ou à base d'herbes médicinales sont considérées comme des médicaments « selon la fin pour laquelle le produit est fabriqué, vendu ou présenté », Santé Canada a fait une distinction claire entre les « produits pharmaceutiques » et les « herbes médicinales traditionnelles ».

En 1997, le ministre fédéral de la Santé a demandé au Comité permanent de la Chambre des communes sur la santé de se pencher sur la réglementation des produits de santé naturels au Canada. Les travaux du comité ont donné naissance au Bureau des produits de santé naturels

en l'an 2000 et, après d'autres consultations, à la Direction des produits de santé naturels (DPSN).

La DPSN, qui relève de la Direction générale des produits de santé et des aliments de Santé Canada, réglemente la totalité des produits de santé naturels vendus au pays. Elle a comme mandat d'assurer un accès facile de la population à des produits efficaces, de grande qualité et sans danger. Les produits qui sont du ressort de la DPSN comprennent les remèdes à base d'herbes médicinales, les remèdes homéopathiques, les vitamines, les minéraux, les remèdes traditionnels, les probiotiques, les acides aminés et les acides gras essentiels.

En juin 2003, le gouvernement fédéral a adopté des règlements concernant les licences de mise en marché, les licences d'exploitation, les bonnes pratiques de fabrication, les essais cliniques sur les humains et des questions d'ordre général. Ces règlements exigent que tous les produits de santé naturels obtiennent une licence de mise en marché avant de pouvoir être vendus au Canada. Pour obtenir une licence, il faut présenter des informations détaillées sur le produit à Santé Canada aux fins d'examen. Une fois qu'un produit est évalué et que sa mise en marché est autorisée par Santé Canada, l'étiquette du produit reçoit un numéro de licence de huit chiffres précédés par les lettres NPN ou, dans le cas d'un remède homéopathique, par les lettres DIN-HM. Grâce au numéro qui figure sur l'étiquette, les consommateurs savent que l'innocuité et l'efficacité du produit ont été vérifiées et approuvées par Santé Canada.

Depuis février 2006, la DPSN envisage de créer une nomenclature distincte pour les produits de santé naturels dont la consommation présente un risque jugé plus élevé.

À l'échelle provinciale, l'Ontario a présenté, à l'automne 2005, le projet de loi 50, *Loi de 2005 sur les praticiennes et praticiens en médecine traditionnelle chinoise*, afin de réglementer la pratique de la médecine traditionnelle chinoise en vertu de la *LPSR*. Conformément à cette loi, la médecine chinoise constitue une médecine holistique qui comprend l'acupuncture, la phytothérapie, les massages et l'exercice thérapeutique. Après la Colombie-Britannique, l'Ontario sera la deuxième province canadienne à réglementer la médecine traditionnelle chinoise.

2.5 Demande du public

Les consommateurs veulent avoir le plus grand choix possible de soins de santé, et notamment avoir accès aux médecines parallèles et complémentaires[7]. À ce sujet, le CCRPS a mené une étude de marché qui, même si elle n'est pas statistiquement significative, indique que de 10 % à 20 % des consommateurs qui recherchent des remèdes parallèles se tournent vers l'homéopathie. Dans la plupart des cas, ce choix n'est pas orienté par un pharmacien, un homéopathe ou un autre fournisseur de

[7] Site Web de l'Institut de recherche en services de santé : www.ices.on.ca/docs/fb2290.htm

soins de santé. Souvent, les consommateurs demandent des conseils au personnel des magasins de détail ou des pharmacies.

Lors d'une enquête nationale menée en 1999 par le Berger Population Health Monitor, plus de 25 % des répondants ont dit avoir déjà eu recours à une forme de médecine parallèle[1], alors qu'ils étaient 20 % en mars 1993. Par ailleurs, en mars 1999, 3 % des Canadiennes et des Canadiens de 15 ans ou plus disaient avoir reçu des soins de naturopathie au moins une fois dans les six mois précédents. En mars 1993, cette proportion n'était que de 1 %[2].

Un rapport de 2002 d'Agriculture et Agroalimentaire Canada faisait remarquer que l'industrie des produits autoadministrés génère des ventes d'environ 2,9 milliards de dollars par année. La croissance de ce secteur est stimulée en partie par l'offre grandissante de produits autoadministrés naturels et d'autres produits tels que les remèdes homéopathiques et à base d'herbes médicinales. L'Association canadienne de l'industrie des médicaments en vente libre (ACIMVL) estime que les ventes totales de produits de santé autoadministrés ont atteint les 3,8 milliards de dollars en 2005, une hausse de 30 % en trois ans[3].

D'autres études révèlent que bon nombre de Canadiennes et de Canadiens qui souffrent d'affections chroniques ont recours à des thérapies parallèles en plus des soins conventionnels qu'ils reçoivent. L'une d'entre elles indique que 39,4 % des femmes qui se rétablissent du cancer du sein disent avoir consulté un fournisseur de soins complémentaires ou parallèles – la plupart du temps un chiropraticien, un phytothérapeute, un acupuncteur, un praticien de la médecine traditionnelle chinoise ou un naturopathe[4].

Les consommateurs disposent donc d'un choix de remèdes et de fournisseurs de soins de santé. Le CCRPS est d'avis qu'ils devraient aussi avoir l'assurance que, peu importe le type de soins choisi, le fournisseur soit adéquatement formé et assujetti à un champ d'exercice approprié, qu'il offre des soins sécuritaires et qu'il puisse être tenu responsable des services rendus.

3. Approche adoptée par le CCRPS pour examiner la question

3.1 Processus de consultation

L'Ontario Homeopathic Association (OHA) a soumis sa proposition de « réglementation de la médecine homéopathique » au CCRPS peu après la demande du ministre. Le CCRPS a affiché la proposition dans son site Web en invitant les organismes et les personnes intéressés à faire part de leurs commentaires. En tout, 97 réponses ont été reçues et analysées. Elles provenaient d'homéopathes, d'écoles et d'associations d'homéopathie,

[1] *The Berger Population Health Monitor, Survey No. 19*, mars 1999.
[2] *The Berger Population Health Monitor, Survey No. 19*, mars 1999.
[3] *Système de gestion des marchés stratégiques – Produits pharmaceutiques*, Agriculture et Agroalimentaire Canada, juin 2002.
[4] Boon et coll., 2000.

d'autres associations et de membres du public[3]. Afin d'éclaircir les renseignements et les avis exprimés et d'obtenir plus de précisions, le CCRPS s'est entretenu avec des intervenants clés, a organisé un atelier pour les intervenants et a tenu de nombreuses rencontres. Le processus de consultation a permis d'établir en quoi les groupes d'intervenants divergeaient dans leurs points de vue, mais aussi en quoi ils tombaient d'accord. Un examen de la commercialisation au détail et de la fabrication, de même que des analyses approfondies de la documentation et de la situation dans d'autres territoires de compétence, ont complété le processus.

4. Qu'est-ce que l'homéopathie?

L'homéopathie est une forme de médecine qui cherche à traiter la maladie selon les prétendues lois naturelles de la guérison. Conçue au XIX[e] siècle par l'Allemand Samuel Hahnemann, elle utilise des quantités infinitésimales de substances végétales, animales et minérales qui, chez un individu sain, fait apparaître les symptômes de la maladie traitée. Elle repose sur « la Loi de similitude », c'est-à-dire qu'une maladie accompagnée d'un ensemble de symptômes précis peut être guérie à l'aide d'un remède que l'on sait provoquer des symptômes semblables. C'est le principe de base de la médecine homéopathique.

> *Simillimum ou Loi de similitude* : la loi fondamentale de l'homéopathie s'appuie sur le principe de *similia similibus curentur*, ou « les semblables sont guéris par les semblables ». Selon cette loi, toute substance qui peut rendre malade peut aussi guérir – tout ce qui peut provoquer les symptômes d'une maladie chez une personne en santé peut faire disparaître ces symptômes chez le malade. Par « symptômes », l'homéopathe désigne les changements sentis par le patient (subjectifs) ou observés (objectifs), qui peuvent être associés à une maladie en particulier ou à un état de maladie, et qui représentent la manifestation extérieure de cet état[4].

Selon l'OHA, le travail de l'homéopathe consiste à rétablir, à améliorer, à favoriser et à maintenir le mieux-être physique et émotionnel, ainsi qu'à contribuer à la prévention, au traitement et au soulagement de la maladie en évaluant l'état de santé général du patient. L'homéopathe prescrit des remèdes homéopathiques et propose des modes de traitement complémentaires, dont des régimes de nutrition holistique et de soins de santé naturelle afin de soigner, de faire disparaître, de corriger ou d'atténuer les affections.

La prescription de remèdes homéopathiques est au cœur de la pratique de l'homéopathie. On peut aussi faire appel à des modalités de traitement d'appoint ou complémentaires, comme les changements de régime alimentaire et la prise de suppléments vitaminiques, minéraux et nutritionnels, afin de soutenir et de maintenir l'intégrité des traitements homéopathiques.

---

[3] Soumissions affichées dans le site Web du CCRPS, *www.hprac.org*.
[4] Voir R.S. Miranda Castro R.S. hom., *The Complete Homeopathic Handbook*, 1990.

En tant que telle, l'homéopathie demeure cependant une forme de médecine spécifique. Par comparaison, la naturopathie, axée sur la prestation de soins primaires généraux, intègre divers types de thérapie.

Le CCRPS a noté que les remèdes homéopathiques dérivent de plantes, de minéraux, de métaux, d'acides, d'alcalins, de venins animaux et de tissus humains malades. Leur fabrication, qui comprend plusieurs étapes, se fait par dilutions en série et succussion (agitation) ou par trituration (broyage). Les propriétés médicinales de la substance brute (la teinture-mère) sont alors libérées ou intensifiées. Selon la théorie homéopathique, plus la substance est diluée, plus le remède est puissant. On a indiqué au CCRPS que les dilutions permettent d'utiliser des substances toxiques en toute sécurité.

L'homéopathie a rarement recours aux essais cliniques pour établir l'efficacité d'un remède. Elle emploie plutôt un processus appelé « pathogénésie », qui consiste à mener un essai avec une seule personne. L'exercice de l'homéopathie tient compte de toutes les observations recueillies lors des pathogénésies effectuées depuis l'époque de Hahnemann. Celles-ci sont décrites dans la *materia médica* homéopathique dont les praticiens se servent pour recommander des remèdes aux clients qui présentent certains symptômes. Le grand nombre de remèdes homéopathiques (il y en a présentement plus de 2 000) a exigé la création de répertoires. Ces répertoires sont en fait des dictionnaires de symptômes classés en ordre alphabétique. Chaque symptôme est suivi des remèdes qui l'ont provoqué lors des pathogénésies. Les remèdes sont classés en fonction de leur efficacité. Selon les symptômes montrés par le patient, l'homéopathe prépare ou recommande une dilution adéquate de remède homéopathique. Ce processus s'appelle la « dynamisation ».

Le CCRPS a remarqué que les principes homéopathiques ne sont pas acceptés unanimement. Un nombre important de praticiens de la médecine conventionnelle, de professionnels apparentés et de cliniciens doutent sérieusement de l'efficacité de l'homéopathie et la jugent même dangereuse. Ils font valoir qu'il n'existe aucun ensemble de preuves démontrant que ces principes sont efficaces une fois mis en pratique.

5. Qu'est-ce qu'un homéopathe?

L'homéopathe qualifié croit que l'harmonie entre le corps, l'âme et l'esprit est naturelle au fonctionnement de l'être humain. C'est ce qu'on appelle l'homéostasie. L'homéopathie affirme que, en cas de blessure, l'organisme entre en action pour réparer les dommages. Les symptômes qui se manifestent alors ne sont pas révélateurs de la maladie, mais du processus d'autocorrection ou autoguérison. Le choix du remède se fait donc en fonction des symptômes, qui témoignent du processus de guérison et qui orientent le traitement et l'évaluation de façon continue[9]. Les homéopathes soutiennent que seuls les symptômes renseignent sur la maladie, et que seuls les symptômes peuvent être traités. Ceci dit,

[9] OHA, demande de réglementation de l'homéopathie, avril 2005, p. 4.

l'homéopathe qualifié devrait connaître suffisamment les sciences médicales pour :

- comprendre la maladie afin de déterminer le traitement adéquat, que ce soit l'homéopathie, la naturopathie ou l'allopathie/la médecine conventionnelle;
- distinguer les symptômes courants d'une maladie et ceux qui sont uniques à la personne traitée;
- comprendre l'action et les effets des médicaments afin de reconnaître les symptômes qui y sont liés[10].

À l'heure actuelle, les homéopathes ne sont pas réglementés en Ontario. Comme il n'existe aucune exigence en matière d'éducation, de formation et de titres de compétence, n'importe qui peut se dire homéopathe et offrir des services et des remèdes homéopathiques.

Les divers organismes et associations d'homéopathie de l'Ontario regroupent environ 500 homéopathes. Quelque 200 d'entre eux pratiquent seuls ou avec d'autres homéopathes. Les autres travaillent dans des milieux variés, parfois dans des cadres non réglementés, ou dans des centres de soins privés avec des professionnels de la santé réglementés. Certains pratiqueraient à temps partiel.

5.1 Études et formation

On compte actuellement, au Canada, dix-sept établissements d'enseignement de l'homéopathie. En Ontario, neuf collèges privés d'enseignement professionnel offrent des programmes d'études et de formation dans le domaine. Ces établissements observent des normes de formation différentes, offrent des programmes différents et octroient des diplômes ou des certificats différents. Dans un cas, les cours sont donnés à distance, les étudiants devant effectuer un préceptorat avec un homéopathe qualifié. La durée et le contenu des programmes varient : on relève des cours brefs par correspondance, mais aussi des programmes de certificat de quatre ans, le nombre total d'heures pouvant aller de 728 à 3 045. Les critères d'admission varient également d'une école ou d'un programme à l'autre.

L'OHA estime que 75 % des homéopathes pratiquant en Ontario ont étudié dans la province, tandis que le reste a été formé ailleurs au Canada, aux États-Unis, en Inde ou dans d'autres pays[11].

5.2 Agrément des établissements d'enseignement de l'homéopathie

Il n'existe aucun organisme ou programme reconnu d'agrément des établissements d'enseignement de l'homéopathie en Ontario ou au Canada. Qui plus est, il est pratiquement impossible, pour le public

[10] Ibid., p. 6.
[11] OHA, demande de réglementation de l'homéopathie, avril 2005, p. 47 et 48.

et les praticiens, de connaître les normes suivies par les organismes qui se disent autorisés à agréer ces établissements.

L'Ontario College of Homeopathic Medicine (OCHM) se dit agréé par l'OHA. Or, l'OHA est une association professionnelle, et non un organisme d'agrément. Pour sa part, l'Homeopathic College of Canada (HCC) se dit agréé par l'Homeopathic Medical Council of Canada (HMCC). Enfin, la National United Professional Association of Trained Homeopaths (Canada) (NUPATH), qui affirme être un organisme d'agrément, dit avoir agréé le Hahnemann College for Heilkunst, le British Institute of Homeopathy – Canada et la Toronto School of Homeopathic Medicine.

Le Council on Homeopathic Education (CHE), un organisme américain privé, indépendant et sans but lucratif, est ce qui ressemble le plus à un organisme d'agrément, sa fonction principale étant d'évaluer et d'agréer les programmes de formation en homéopathie aux États-Unis et au Canada. Fondé en 1982 en Virginie, le CHE se compose de représentants des organismes d'homéopathie fondateurs et de toutes les écoles agréées, ainsi que de trois membres de la profession d'homéopathe siégeant à titre individuel. La Toronto School of Homeopathic Medicine dit être la seule école canadienne agréée par le CHE.

Bien que ces organismes et associations prétendent agréer les écoles et les programmes d'homéopathie, aucun n'est officiellement reconnu en ce sens. Vérification faite, même le CHE ne figure pas au répertoire des « organismes d'agrément et des organismes approuvés par les États » qui sont reconnus par le département de l'Éducation des États-Unis.

5.3 Qui fait appel à l'homéopathie?

Les utilisateurs de l'homéopathie proviennent de tous les horizons. Certains font confiance aux remèdes naturels, tandis que d'autres y font appel après avoir épuisé les possibilités de la médecine conventionnelle dans le traitement du stress chronique, de la douleur ou d'autres affections. Les consommateurs ont souvent recours à l'homéopathie pour les aider à adopter un nouveau style de vie ou pour remplacer les antibiotiques ou d'autres médicaments conventionnels qu'ils ne jugent plus efficaces[12].

Dans le cas des enfants, il s'agit communément de traiter des affections de l'oreille, du nez et de la gorge ou de corriger des troubles du comportement comme l'hyperactivité. Les parents peuvent aussi se tourner vers l'homéopathie afin d'éviter l'usage de médicaments pour de longues périodes. Par ailleurs, les personnes qui souffrent d'une affection chronique ou d'une maladie en phase terminale font parfois appel à l'homéopathie pour soulager les symptômes causés par les médicaments, comme la nausée, les vomissements, la dépression et le désespoir[13].

[12] Ibid., p. 9.
[13] Ibid., p. 10.

Une étude publiée par le Fraser Institute en 1999 révèle que 8 % de la population du Canada a déjà eu recours à l'homéopathie (6 % en Ontario), et que 17 % ont déjà utilisé des remèdes à base d'herbes médicinales (19 % en Ontario). Au Québec, à la fin des années 1980, cinq compagnies d'assurance privées (le quart des assureurs à l'époque) couvraient les services d'homéopathie. Le nombre de réclamations était alors passé d'environ 1 500, en 1988, à 4 500, en 1989.

5.4 Comment le public reçoit des services d'homéopathie

Les services d'homéopathie ne sont pas couverts par l'Assurance-santé de l'Ontario. Il semble qu'il n'y ait aucun homéopathe en poste dans les établissements communautaires et dans les milieux institutionnels de la province; les homéopathes travaillent plutôt en pratique privée, parfois en collaboration avec des fournisseurs de soins réglementés ou non réglementés.

Lors de la première consultation, l'homéopathe procède à la « prise en charge du cas », qui dure d'une heure et demie à deux heures. Le client décrit alors ses symptômes sans que le praticien l'interrompe. Il peut arriver cependant que des « incitations » soient nécessaires pour permettre au client de mieux s'exprimer.

> De cette façon, le client détermine le problème selon son propre cadre de référence. Cette communication est très précieuse, car la prescription d'un remède s'appuie sur les symptômes uniques, et non sur les symptômes courants de la maladie. L'état mental du patient revêt aussi une grande importance dans l'évaluation homéopathique[14].

Une fois la prise en charge terminée, l'homéopathe élabore le profil du client en obtenant les antécédents médicaux, personnels et familiaux de ce dernier. Le praticien établit un rapport avec le patient en cernant les symptômes physiques à soigner et en suivant les progrès du traitement.

6. L'Ontario Homeopathic Association

L'Ontario Homeopathic Association (OHA), fondée en 1992 en tant qu'organisme bénévole sans but lucratif, sert deux objectifs : faire reconnaître l'homéopathie comme profession du système de santé de l'Ontario[15] et promouvoir la prestation de soins de santé efficaces et sans danger au public par des homéopathes qualifiés. À cette fin, l'OHA a établi des normes minimales de pratique à l'intention de ses membres. L'adhésion à l'OHA est volontaire; celle-ci représenterait environ 40 % des quelque 500 homéopathes de l'Ontario. Les membres doivent satisfaire aux exigences fixées par l'association en matière d'éducation et de pratique et adhérer à un code de déontologie. L'OHA a elle-même agréé deux écoles, l'Ontario College of Homeopathic Medicine et le Manitoba College of Homeopathic Medicine. Pour être admis dans ces établissements, il faut

[14] Ibid., p. 5.
[15] Ibid., p. 11.

avoir terminé trois ans d'études universitaires. L'OHA signale également qu'elle travaille à l'établissement d'examens de qualification (ou à des examens administrés par un comité)[16].

7. Proposition de l'OHA

En avril 2005, l'OHA a soumis au CCRPS une proposition visant la réglementation des homéopathes de l'Ontario en vertu de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*.

Dans sa proposition, l'OHA présente les demandes suivantes.

1. Que le champ d'exercice détaillé de l'homéopathie soit le suivant :

   > La médecine homéopathique est une forme de médecine qui favorise, rétablit et maintient la santé, qui traite les maladies, qui prévient l'apparition des maladies et qui améliore le mieux-être, la vitalité et la santé au moyen de l'évaluation, du diagnostic et du traitement des affections aiguës et chroniques, de la prévention des maladies et de l'éducation sur le maintien de la santé à l'aide de substances naturelles, conformément aux principes de l'homéopathie.

2. Que l'utilisation des titres de « médecin homéopathe », de « docteur en homéopathie » et/ou d'« homéopathe » soit réservée.

3. Que les homéopathes puissent accomplir les cinq actes autorisés suivants en vertu de la *LPSR* :

   - communiquer des diagnostics;
   - pratiquer des interventions sur le tissu situé sous le derme;
   - administrer des substances par voie d'injection ou d'inhalation;
   - appliquer une forme d'énergie prescrite par la *LPSR* ou en ordonner l'application;
   - prescrire, vendre et composer des médicaments.

4. Que la prescription de remèdes homéopathiques ayant un taux de dilution de 200 CH ou plus (et l'équivalent selon d'autres échelles) et de certains remèdes à basse dilution indiqués dans la pharmacopée homéopathique des États-Unis (HPUS), soit la compétence exclusive des médecins homéopathes et des autres professionnels de la santé formés convenablement en homéopathie.

---

[16] Ibid., p. 43.

5. Que les remèdes faits à base de narcotiques, de substances toxiques biologiques, de venins et de tissus humains malades soient jugés du domaine exclusif des médecins homéopathes et des autres professionnels de la santé formés convenablement en homéopathie.

L'OHA fait valoir que plusieurs faits importants soutiennent ses demandes, notamment les suivants :

- l'homéopathie est une forme de médecine au même titre que la médecine conventionnelle et la médecine traditionnelle chinoise;
- l'homéopathie présente pour le public un risque de préjudice non négligeable, quoique indirect, et plus particulièrement lorsqu'elle est exercée par des personnes qui n'ont pas suivi une formation adéquate en homéopathie;
- les homéopathes suivent des études et de la formation approfondies concernant la nature et l'utilisation de milliers de substances homéopathiques, y compris des études universitaires poussées sur l'anatomie, la physiologie, la pathologie, la biochimie, l'examen physique, le diagnostic différentiel et d'autres sujets médicaux, et ils participent à des internats cliniques de longue durée;
- le recours aux thérapies parallèles, dont l'homéopathie, et la confiance dans ces thérapies sont en croissance;
- l'approche unique, spécialisée et holistique qu'offre l'homéopathie en matière de santé et de soins préventifs devrait être reconnue.

8. Réponses à la proposition de l'OHA

En juin 2005, le CCRPS a affiché la proposition de l'OHA dans son site Web en invitant les organismes et les personnes intéressés à faire part de leurs commentaires. En tout, 97 réponses ont été reçues d'établissements d'enseignement, d'associations, d'organismes de réglementation et de particuliers.

Parmi les points principaux soulevés par les répondants, mentionnons les suivants.

- Besoin d'examiner plus longuement la pratique de l'homéopathie et le système de réglementation qui lui convient.
- Questions visant à établir si la pratique de l'homéopathie satisfait au critère de risque de préjudice pour le public.
- Préoccupations à propos des demandes de l'OHA concernant :
  - le champ d'exercice;
  - les exigences en matière d'éducation;
  - la volonté d'accomplir cinq actes autorisés.

- Préoccupations selon lesquelles l'OHA n'aurait pas suffisamment consulté le milieu de l'homéopathie lors de la rédaction de sa soumission, et que la soumission représenterait le point de vue d'une partie des homéopathes seulement.

- Point de vue largement répandu selon lequel le maintien du statu quo n'est plus une option acceptable.

Les préoccupations exprimées révèlent une nette différence d'attitude chez un groupe de répondants, selon qui les praticiens en homéopathie ne devraient pas suivre une approche de « diagnostic de maladie », mais plutôt observer une pratique centrée sur le traitement des symptômes à l'aide de modalités « sûres et douces ». Par ailleurs, nombreux ont été les répondants qui estiment que des consultations supplémentaires pourraient rapprocher les diverses écoles de pensée de l'homéopathie de façon à établir un cadre de réglementation jugé acceptable par la profession dans son ensemble.

Après avoir reçu les réponses à la soumission de l'OHA, le CCRPS s'est entretenu avec des intervenants clés, y compris des praticiens représentants quatre associations d'homéopathes, des praticiens représentants quatre écoles d'homéopathie, un praticien s'exprimant à titre individuel et deux praticiens de la naturopathie. Ces intervenants se sont entendus pour dire que, compte tenu du risque de préjudice indirect et du besoin croissant d'être responsable à l'égard du public, le maintien du statu quo n'est pas une option acceptable pour la pratique de l'homéopathie. En général, ils appuient l'établissement d'exigences codifiées pour l'entrée dans la profession, de normes de pratique communes et d'un code de conduite applicables aux homéopathes. Il est aussi généralement admis que les préjudices indirects, tels que la mauvaise application des principes homéopathiques attribuable au manque de formation, les diagnostics erronés et la fraude, présentent un risque important pour le public. La plupart souhaitent que les exigences en matière d'éducation et de formation des homéopathes soient relevées.

Quatre grands enjeux concernant la pratique et la réglementation de l'homéopathie se dégagent de la soumission de l'OHA.

1. Risque de préjudice

De l'avis de nombreux répondants, les arguments relatifs au risque de préjudice ne concernent pas des préjudices directs découlant du traitement à l'aide de remèdes homéopathiques. Certains ont fait valoir que l'homéopathie, comme toute autre forme de médecine, présente un risque de préjudice, mais que ce risque est indirect. Ils citent par exemple les diagnostics erronés, le défaut d'orienter le patient vers le professionnel compétent et la fraude.

2. Actes autorisés

Dans sa soumission, l'OHA demande que cinq actes soient autorisés aux praticiens en homéopathie en vertu de la *LPSR*. Or, les intervenants

clés ont indiqué, dans une large mesure, qu'aucun des actes en question n'était obligatoire pour la pratique de l'homéopathie.

3. Formation

De nombreux répondants ont indiqué que les exigences défendues par l'OHA en matière de formation sont représentatives d'une seule école de pensée de l'homéopathie. Selon les intervenants consultés, l'approche choisie par l'OHA révèle une inclinaison vers la médecine conventionnelle au détriment de l'homéopathie. Ils souhaiteraient que les exigences en éducation et en formation soient élargies pour que l'on tienne compte du vaste ensemble de connaissances que présente l'homéopathie.

4. Réglementation

Les répondants s'accordent pour dire que le maintien du statu quo est inacceptable. Ils appuient l'établissement d'exigences codifiées pour l'entrée dans la profession, de normes de pratique communes et d'un code de conduite applicables aux homéopathes. L'idée que le titre de « médecin homéopathe » soit réservé est aussi généralement acceptée.

La poursuite des consultations a révélé une plus large acceptation du besoin de réglementer l'homéopathie sous une forme ou une autre, compte tenu particulièrement du risque de préjudice indirect qui y est associé. Il a alors été reconnu que les remèdes homéopathiques sont généralement sûrs et que les preuves de préjudice direct sont dans une large mesure non scientifiques, mais on a également convenu que les dilutions inadéquates de « teinture-mère » lors de la préparation de remèdes homéopathiques par des praticiens non qualifiés peuvent causer des préjudices graves. On a aussi fait remarquer que, selon les organismes de réglementation tels que la Federal Drug Administration, aux États-Unis, et Santé Canada, l'administration sécuritaire des traitements homéopathiques exige la supervision par des professionnels qualifiés.

À l'occasion d'autres discussions tenues avec elle, l'OHA a convenu qu'il était possible pour ses membres d'exercer leur profession sans avoir à communiquer des diagnostics, l'un des actes autorisés demandés. Les autres actes visés, comme celui d'administrer des substances par voie d'injection ou d'inhalation, ne s'appliquent pas autant aux normes de pratique d'aujourd'hui, selon l'OHA, mais ils pourraient s'avérer nécessaires à mesure que la profession et les thérapie se développeront. L'OHA croit toujours que l'assujettissement à la *LPSR* est le meilleur moyen de réglementer les homéopathes.

9. Analyses de la documentation, de la situation dans d'autres territoires de compétence et du marché

9.1 Analyse de la documentation

L'homéopathie fait l'objet d'une littérature abondante; on dénombre en effet des milliers de livres et d'autres publications et près de deux millions de sites Web. Bon nombre d'entre eux décrivent la pratique, font la

promotion des remèdes homéopathiques, donnent des conseils sur les traitements et annoncent des possibilités d'emploi. Or, Internet permet à n'importe qui d'accéder au marché, y compris au « marché » des soins de santé. Il est donc difficile, pour les personnes qui cherchent des solutions de rechange à la médecine conventionnelle, de juger de la qualité et de l'impartialité des renseignements affichés dans Internet. Un examen des opinions extérieures sur l'homéopathie est révélatrice à cet égard : d'une part, le National Council Against Health Fraud, un organisme américain, la rejette complètement en disant qu'il s'agit d'une mode passagère non fondée scientifiquement, tandis que d'autre part, la Prince of Wales's Foundation for Integrated Health, au Royaume-Uni, y adhère au même titre que d'autres thérapies parallèles.

L'analyse documentaire du CCRPS s'est répartie en plusieurs volets : les traitements autoadministrés, la recherche canadienne, l'autoréglementation des médecines parallèles en Ontario, un ouvrage de référence qui fait autorité, le « marché » et le problème du préjudice. Le CCRPS s'est servi de divers documents lors de l'examen et de l'analyse de la question. Il s'est aperçu que les ouvrages traitant de l'homéopathie et recommandant des remèdes autoadministrés peuvent être d'une lecture difficile pour le non-initié. En effet, bon nombre d'entre eux s'appuient à la base sur les théories complexes et le jargon de l'homéopathie.

9.2 Analyse de la situation dans d'autres territoires de compétence – homéopathie

Le CCRPS a analysé les approches adoptées par l'Australie, l'Afrique du Sud, le Royaume-Uni, la Nouvelle-Zélande, l'Inde, l'Union européenne et les États-Unis en ce qui concerne la réglementation de l'homéopathie.

Quelque 81 pays réglementent la pratique de l'homéopathie dans une certaine mesure. On relève toutefois, d'un pays à l'autre, des différences importantes en ce qui a trait à l'éducation et à la formation exigées, aux règlements appliqués et à l'autoréglementation volontaire. Quarante-huit pays adhèrent à une société internationale appelée Liga Medicorum Homoepathica Internationalis (LMHI), qui cherche à uniformiser la réglementation de l'homéopathie. Le Canada n'en fait pas partie.

Les rares pays qui ont réglementé officiellement l'homéopathie sont presque tous des pays en développement, l'Afrique du Sud faisant exception. Par ailleurs, environ 24 pays, pour la plupart en développement, ont adopté des lois qui sanctionnent la pratique de l'homéopathie par les médecins qui ont suivi les études et la formation exigées.

L'Australie a mis sur pied un système d'inscription volontaire qui permet le maintien d'une forte cohésion entre les différentes associations professionnelles d'homéopathes. Le Royaume-Uni dispose également d'un système d'inscription volontaire, mais il s'est lancé dans un processus de réglementation. L'Union européenne envisage aussi de réglementer officiellement la profession.

Les expériences observées aux États-Unis et au Royaume-Uni sont particulièrement instructives.

États-Unis[17]

Les modèles de réglementation diffèrent d'un État à l'autre. Dans certains endroits, on juge que l'accès aux médecines complémentaires et parallèles fait partie du droit fondamental des consommateurs à choisir leurs soins de santé, tandis que dans d'autres, on en limite la pratique en exigeant l'inscription des praticiens et en imposant des normes.

En Californie, au Minnesota, au Texas et dans d'autres États, les tenants des « droits fondamentaux » font la promotion de lois sur le « libre choix des soins de santé » pour les consommateurs. Ces États n'ont établi ni processus d'inscription ou de délivrance de permis, ni acte autorisé. L'autoréglementation volontaire y est acceptée, et le choix est laissé au consommateur.

À l'opposé, la Géorgie, New York et la Caroline du Nord imposent des sanctions relatives au diagnostic et au traitement et ils restreignent le champ d'exercice. Lorsqu'il est permis, le recours aux médecines complémentaires et parallèles est souvent limité aux médecins.

Un système de double permis est en vigueur en Arizona[18], au Connecticut et au Nevada. Tous trois disposent de règlements obligeant les médecins à obtenir un permis pour pratiquer l'homéopathie[19]. Le praticien qui possède les deux permis et qui en perd un peut ainsi continuer à pratiquer en vertu de l'autre.

Royaume-Uni

Le Royaume-Uni délaisse l'approche de la common law, fondée sur l'application de normes volontaires et le recours aux tribunaux, au profit de la réglementation légale[20]. Ce virage fait suite à des efforts répétés visant à élaborer et à appliquer des normes en dehors du cadre législatif.

En 1997, des associations d'homéopathes et des universitaires issus des établissements offrant des programmes d'homéopathie ont élaboré des « normes professionnelles nationales » devant servir de normes de pratique.

Trois ans plus tard est né le Council of Organizations Registering Homeopaths, un organisme chargé d'assurer la transition vers l'établissement d'un registre national unique, le New Registering and Regulatory Body (NRRB). Celui-ci a pour objectif d'élaborer de nouveaux codes de déontologie et

---

[17] Ibid., p. 26. La pharmacopée homéopathique des États-Unis (*Homeopathic Pharmacopoeia of the United States*) est reconnue par la FDA, qui n'oblige pas les fabricants à se conformer aux règles sur la production des médicaments et des aliments. La FDA soutient que les produits homéopathiques ne soulèvent aucune « crainte sérieuse pour la sécurité ».

[18] Des problèmes sont survenus en Arizona, où le Board of Homeopathic Medical Examiners s'est trouvé en défaut pour avoir admis des membres visés par une enquête ou interdits de pratiquer dans d'autres États. Le législateur a exigé la tenue d'une vérification, processus auquel l'organisme n'a pas été soumis depuis 20 ans. Celui-ci doit toutefois faire l'objet d'un réexamen en 2006 (*Arizona Republic*, 9 novembre 2005 [www.azcentral.com]).

[19] National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM), point 3.

[20] La common law est formée par la coutume et la jurisprudence, tandis que le droit législatif est imposé par législation.

de conduite professionnelle, de même que des normes sur l'agrément des cours, l'assurance de la qualité et l'inscription.

Cette même année, le comité spécial de la Chambre des lords sur la science et la technologie a publié un rapport préconisant une meilleure réglementation de l'homéopathie et d'autres médecines complémentaires et parallèles, dont la chiropratique, l'ostéopathie, l'acupuncture et la phytothérapie. Évoquant plus particulièrement l'homéopathie, le comité a indiqué qu'« il était possible que la réglementation légale finisse par s'imposer ».

La Prince of Wales' Foundation for Integrated Health est le principal défenseur de la réglementation de l'homéopathie. Cet organisme, qui prône l'intégration des médecines conventionnelles et complémentaires au Royaume-Uni, élabore actuellement un modèle législatif pour la réglementation de l'homéopathie.

9.3 Analyse de la vente au détail, de la commercialisation et de la fabrication

Compte tenu de la nature des remèdes homéopathiques et du fait qu'ils sont vendus comme produits grand public dans bon nombre de pharmacies, de magasins d'aliments naturels et d'autres détaillants, le CCRPS a rencontré et visité des détaillants de produits homéopathiques afin d'avoir un aperçu du marché, de la demande actuelle de produits et de services homéopathiques, et des consommateurs qui les utilisent. Cette étude de marché, d'envergure limitée, n'a pas généré de données statistiquement valides. Cependant, elle a confirmé au CCRPS que le public s'intéressait de plus en plus aux remèdes homéopathiques.

L'analyse du CCRPS a porté sur les détaillants et les fabricants suivants.

- Points de vente qui ne sont pas des pharmacies :
  - sept détaillants d'aliments santé/nutraceutiques qui vendent aussi des remèdes homéopathiques.

- Pharmacies :
  - cinq pharmacies spécialisées dans les thérapies parallèles/interprétatives, dont l'homéopathie.

- Fabricants approvisionnant le marché en remedes homéopathiques.

- Associations clés :
  - Association canadienne des chaînes de pharmacies;
  - Ontario Pharmacists' Association;
  - Association canadienne de la gestion de l'approvisionnement pharmaceutique;
  - Association canadienne des aliments de santé;
  - Association canadienne de l'industrie des médicaments en vente libre;
  - Distributeurs de produits « Nu-life ».

Selon les renseignements obtenus lors des rencontres et des visites, il semble que de 10 % à 20 % des consommateurs qui se rendent régulièrement chez ces détaillants recherchent des remèdes homéopathiques. On observe toutefois, chez ces consommateurs, une grande confusion quant aux différences entre naturopathes et homéopathes, de même qu'une incapacité générale à distinguer la naturopathie de l'homéopathie. Par ailleurs, la majorité des personnes recherchant des remèdes homéopathiques se disent intéressées par un produit en particulier; la plupart d'entre elles n'ont cependant pas de recommandation écrite d'un homéopathe ou d'un autre fournisseur de soins de santé. Un nombre important de clients ont indiqué qu'ils s'étaient tournés vers les remèdes homéopathiques à la suite de recommandations de proches ou de leur insatisfaction par rapport à l'efficacité des médicaments conventionnels. Ces consommateurs achètent aussi régulièrement des produits tels que des suppléments, des aliments naturels ou des vitamines.

Certains détaillants comptent un homéopathe parmi leur personnel, et d'autres y ont recours sur appel. Tous les pharmaciens consultés qui vendent des produits de santé parallèles au détail ont suivi une certaine formation en homéopathie.

Il arrive fréquemment que les consommateurs demandent des conseils au personnel pharmaceutique. Cette démarche est habituellement motivée par des troubles bien précis :

- rhume/grippe/allergies (oscillococinum);
- bosses et ecchymoses (arnica);
- bébés qui font leurs dents ou qui ont des coliques;
- migraine;
- arthrite;
- troubles post-ménopausiques.

Selon l'Association canadienne des chaînes de pharmacies, la vente de remèdes homéopathiques n'a peut-être pas enregistré une hausse fulgurante, mais d'autres produits complémentaires, comme les suppléments nutraceutiques, les herbes médicinales et les vitamines, affichent une forte croissance. Les détaillants conviennent que l'utilisation des remèdes autoadministrés ou visant des affections spontanément résolutives sont généralement sans danger, et que les produits grand public sont réglementés adéquatement par Santé Canada. Dans le cas des produits que l'on juge plus puissants lorsqu'ils sont dilués en série, l'accès est restreint et le client doit d'abord consulter un praticien en homéopathie. Les détaillants appuient en général l'idée de réglementer dans une certaine mesure l'homéopathie. Pour eux, il s'agit surtout de lutter contre les personnes qui se disent faussement homéopathes, qu'elles aient suivi une formation dans le domaine ou non. La réglementation de l'homéopathie serait donc souhaitable à leurs yeux.

10. Examen de la proposition par le CCRPS

En dépit des divergences observées dans les points de vue des praticiens en homéopathie, le CCRPS poursuivra l'examen de la proposition de l'OHA en tenant compte d'autres soumissions importantes. Plusieurs

raisons expliquent cette décision, la principale étant que le milieu des homéopathes s'entend pour dire que le maintien du statu quo n'est pas acceptable, et qu'une certaine forme de réglementation est souhaitable.

Le CCRPS est aussi d'avis que la popularité croissante des médecines complémentaires et parallèles, dont l'homéopathie fait partie, exige d'étudier maintenant la proposition.

Enfin, le CCRPS convient que, depuis que les naturopathes ont recours à des méthodes homéopathiques dans leur pratique, la frontière entre les deux thérapies est plus floue, sans compter que, d'une part et d'autre, on fait maintenant appel à la phytothérapie.

11. Facteurs soutenant les recommandations du CCRPS

11.1 Risque de préjudice

De nombreuses personnes font confiance aux médecines complémentaires et parallèles parce qu'elles croient que leurs traitements sont naturels et sans effets secondaires. Or, l'analyse documentaire effectuée par le CCRPS révèle que ce n'est pas toujours le cas. Il existe bel et bien un risque de préjudice direct et indirect. Sans réglementation, les consommateurs sont exposés à des risques accrus qui découlent de sources différentes.

1. **Approche homéopathique** – empêcher expressément le recours à d'autres interventions (médicales) efficaces[21] ou décourager l'immunisation[22].

2. **Praticiens** – mal appliquer les traitements, composer incorrectement les remèdes, outrepasser ses compétences[23] ou omettre d'orienter le patient vers la médecine conventionnelle dans l'attente des résultats des traitements homéopathiques[24].

3. **Produits** – ou remèdes contaminés ou composés incorrectement.

L'OHA, d'un commun accord avec d'autres praticiens, reconnaît que les effets indésirables n'ont pas été étudiés suffisamment[25].

> ***Risques directs*** – Exemples : effets indésirables, réactions allergiques aux préparations homéopathiques de faible puissance et mauvaise application des traitements. Des risques directs peuvent aussi découler de la composition des remèdes qui renferment des concentrations potentiellement toxiques d'arsenic et de cadmium[26].

---

[21] S. Thompson, *Homeopathy: A critique*. Présenté au Medicines Control Council, Pretoria, 23 juillet 1999.
[22] E. Ernst, *Is homeopathy a clinically valuable approach?*, « Trends in Pharmacological Sciences », 2005 (sous presse).
[23] D. Reilly, *The evidence for homeopathy*, travail produit pour un cours de la Harvard Medical School, 2003.
[24] Société canadienne de pédiatrie, *Homeopathy in the paediatric population*, « Paediatrics & Child Health », 10 (3), p. 173-177, 2005.
[25] OHA, demande de réglementation de l'homéopathie, avril 2005, p. 21.
[26] J. Crellin et F. Ania, *Professionalism and Ethics in Complementary & Alternative Medicine*, p. 79-80, 2002.

La littérature consultée signale des cas où l'arnica a provoqué une hémorragie fatale chez des personnes qui prenaient des anticoagulants, où le caulophylle a causé un avortement[27], où des remèdes contre l'érythème fessier a entraîné l'empoisonnement par le mercure[28] et le dépassement du seuil de toxicité de l'arsenic[29]. Un pharmacologue alle mand (W. Loscher) a en outre observé, à propos des attraits et des dangers de la thérapie homéopathique, que dans le cas des composés toxiques – et plus particulièrement ceux qui sont potentiellement carcinogènes ou allergènes – l'homéopathie présente des risques importants[30].

Risques indirects – Exemples : diagnostics erronés; diagnostics ratés; négligence des contre-indications; pratiques visant à interrompre, à empêcher ou à retarder les thérapies efficaces; procédures diagnostiques potentiellement dangereuses[31]; et interactions entre remèdes et médicaments conventionnels[32].

Une souffrance prolongée peut aussi découler des « aggravations » homéopathiques ou des « crises de guérison », lorsque les symptômes empirent avant de s'améliorer[33]. Il peut en résulter un grand inconfort pour la personne atteinte d'une maladie chronique, comme la cholécystopathie ou la gingivite[34]. La vérification des activités du service de soins ambulatoires du Bristol Homeopathic Hospital, pendant une période de deux mois en 2005, a révélé des réactions fréquentes. En effet, 24 % des patients ont vécu une aggravation de leurs symptômes, et 11 % ont souffert d'effets indésirables. De plus, 27 % des patients ont signalé de nouveaux symptômes, et 18 % ont indiqué que d'anciens symptômes étaient réapparus[35]. Les vérificateurs ont conclu que les réactions aux remèdes étaient courants en clinique et que la consignation des effets secondaires améliorerait la compréhension des maladies et permettrait l'établissement de normes relatives à la vérification des renseignements et à la prestation de soins aux patient.

Selon d'autres études sur les effets secondaires des remèdes homéopathiques, le taux d'incidence s'élèverait entre 5 % et 40 %[36].

---

[27] S. Thompson, *Homeopathy: A critique*. Présenté au Medicines Control Council, Pretoria, 23 juillet 1999.

[28] M.A. Montoya-Cabrera, S. Rubio-Rodriguez, E. Velazquez-Gonzalez et S. Avila Montoya, *Mercury poisoning caused by a homeopathic drug*, « Gac Med Mex », 127 (3), p. 267-70, 1991.

[29] D. Chakraborti, S.C. Mukherjee, K.C. Saha, U.K. Chowdhury, M.M. Rahman et M.K. Sengupta, *Arsenic toxicity from homeopathic treatment*, « J Toxicol Clin Toxicol », 41(7), p. 963-7, 2003.

[30] W. Loscher, [*L'homéopathie : une solution de rechange efficace et sans danger à la pharmacothérapie conventionnelle? Partie 1 : Hahnemann et ses enseignements*], « Dtsch Tierarztl Wochenschr », 99 (2), 51-4.

[31] E. Ernst, *Assessing the evidence based for CAM*, dans *Complementary and Alternative Medicine. Canada* (sous la direction de K. Merrijoy, B. Wellman, B. Pescosolido et M. Saks), Harwood Academic Publishers, p. 165-173, 2002.

[32] E. Ernst, *Intangible risks of complementary and alternative medicine*, « Journal of Clinical Oncology », 19 (8), p. 2365-2366, 2001.

[33] E. Ernst, *Is homeopathy a clinically valuable approach?*, « Trends in Pharmacological Sciences », 2005 (sous presse).

[34] S. Thompson, Homeopathy: A critique. Présenté au Medicines Control Council, Pretoria, 23 juillet 1999.

[35] E. Thompson, S. Barron et D. Spence, *A preliminary audit investigating remedy reactions including adverse events in routine homeopathic practice*, « Homeopathy », 93(4), p. 203-9, 2004.

[36] F. Dantas et P. Fisher, *A systematic review of homeopathic pathogenetic trails ('provings') from 1945 to 1995*, 1998, publié au Royaume-Uni. S. Thompson, (1999). L. Launso et J. Rieper, *General practitioners and classical homeopaths treatment models for asthma and allergy*, « Homeopathy », 94, p. 17-25, 2005.

Les répondants à la proposition de l'OHA estiment en général que les risques de préjudice indirect découlant des diagnostics erronés, du défaut d'orienter le patient vers le professionnel compétent et de la fraude étaient les principaux risques pour les consommateurs. Ils s'entendent moins sur l'existence d'un risque de préjudice direct résultant de l'utilisation des remèdes homéopathiques. Bon nombre d'entre eux croient que ces remèdes présentent peu de risques ou même aucun.

11.2 Conflit d'intérêts

La question du conflit d'intérêts peut se poser dans le cas où un praticien qui peut, à sa discrétion, prescrire ou recommander un médicament, prépare aussi ce médicament pour le patient. Les ordres responsables des professions de la santé réglementées disposent de normes de pratique et de règlements concernant les conflits d'intérêts.

Selon les praticiens en homéopathie, il y a risque de conflit d'intérêts lorsque le remède ou le produit homéopathique est indissociable de l'affection traitée.

11.3 Ensemble des connaissances et qualifications

Les praticiens conviennent généralement des principes homéopathiques énoncés dans la proposition de l'OHA. Il y a également consensus sur le fait que la matière médicale forme un ensemble de connaissances de base unique à l'homéopathie.

> ***Ensemble des connaissances*** – L'ensemble des connaissances homéopathiques englobe plusieurs pharmacopées (comme celles des États-Unis, du Royaume-Uni, de l'Inde, de la France et de l'Allemagne) et des travaux scientifiques tels que : *Organon de l'art de guérir* (6e édition); *materia medica* (divers); répertoires (divers); documents sur la prise en charge des cas, la hiérarchisation des symptômes, le répertoriage, le diagnostic et le diagnostic différentiel homéopathique; ainsi que les articles d'homéopathie publiés dans des revues spécialisées et d'autres périodiques[37]. Pour certains homéopathes, l'ensemble des connaissances porte aussi sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie, la nutrition holistique, la médecine holistique par les plantes, la médecine environnementale holistique, la santé communautaire holistique et le counseling holistique en mode de vie.
>
> ***Examen d'entrée dans la profession*** – Il n'y a pas d'examen de qualification normalisé en homéopathie. Cette constatation éveille des craintes particulières, compte tenu du grand nombre (17) d'organismes qui offrent de la formation au Canada et ailleurs. Les programmes d'études varient de l'un à l'autre, tout comme le nombre d'heures d'études et les exigences en matière de travaux pratiques.

[37] OHA, demande de réglementation de l'homéopathie, avril 2005, p. 37.

Certains répondants ont dit souhaiter que les exigences en matière d'éducation et de formation soient élargies de façon à réduire l'inclinaison vers la médecine conventionnelle.

11.4 Organismes d'agrément

Une autre question relative aux qualifications concerne la compétence des organismes de formation qui agréent les homéopathes. Des documents traitant de la profession aux États-Unis signalent la présence de « colporteurs de diplômes » et d'« usines à diplômes », notamment au Maryland, en Floride et en Arizona. Ces prétendus « diplômés » constituent une menace pour la sécurité publique et minent la crédibilité des praticiens honnêtes. Les législateurs des États concernés envisagent de réglementer la profession afin de régler les problèmes[38].

Comme il a déjà été indiqué dans le présent rapport, diverses anomalies et affirmations contradictoires ont été notées concernant l'agrément des établissements d'enseignement.

11.5 Supervision

Sur les 500 praticiens dénombrés en Ontario, l'OHA estime que 40 % travaillent en pratique privée, que ce soit seuls ou avec d'autres professionnels non réglementés. Les 60 % restants pratiquent dans des milieux variés, parfois dans des cadres non réglementés, ou dans des établissements privés avec des professionnels de la santé réglementés. Les homéopathes travaillent de façon autonome, sans supervision. On relève quelques exemples de collaboration interdisciplinaire entre pharmaciens et homéopathes, mais il s'agit presque toujours de cohabitation sans surveillance du rendement.

Il est aussi fréquent que les homéopathes travaillent dans des milieux non réglementés, comme les magasins d'aliments naturels, et qu'ils ne sont responsables ni publiquement, ni professionnellement devant un superviseur ou un établissement réglementé par le secteur public ou devant une profession réglementée qui fait appel à des services homéopathiques.

La profession d'homéopathe compte un certain nombre d'associations professionnelles à adhésion volontaire. Les critères d'adhésion diffèrent cependant de l'une à l'autre, et aucune n'est en mesure de surveiller efficacement le rendement de ses membres.

11.6 Responsabilité à l'égard du public

Les clients se tournent souvent vers l'homéopathie parce qu'ils sont mécontents des traitements reçus de la part des fournisseurs de soins de santé conventionnels. Ce phénomène, jumelé à l'observation selon laquelle le patient et son homéopathe entretiendraient une relation

[38] Julian Winston, *The faces of homeopathy*, Great Auk Publishing, 1999.

étroite, peut présenter un risque d'abus sexuel. Sans l'application de normes de pratique et de mesures de responsabilité, les clients lésés n'ont accès à aucun recours, sauf d'intenter des actions civiles ou criminelles, ce qui peut leur coûter cher.

Le CCRPS n'observe aucune approche proactive en matière de responsabilité professionnelle, quoique les répondants admettent souvent qu'une plus grande attention devrait être accordée aux mesures visant l'intérêt public, dont un processus de traitement des plaintes, d'enquête et de discipline; une plus grande transparence à l'égard de la profession et des règlements; des normes de pratique claires; ainsi que des lignes directrices et des règles d'éthique professionnelles. L'OHA a tenté d'accroître la responsabilité des homéopathes à l'égard du public en élaborant un processus de traitement des plaintes et de discipline, un code de déontologie et des normes de pratique, de même qu'en définissant la faute professionnelle et l'incompétence (comme l'indique sa soumission au CCRPS). Cependant, ses efforts ne touchent que 40 % des praticiens en homéopathie de la province, et elle ne dispose pas du pouvoir d'application nécessaire.

Si la profession était réglementée, l'ordre serait responsable d'élaborer et de maintenir des normes minimales élevées en matière d'éducation et de qualifications, des normes générales de pratique, un processus de perfectionnement professionnel continu et un processus officiel de traitement des plaintes, d'enquête et de discipline, lesquels combleraient l'absence de dispositif officiel de responsabilité des homéopathes.

La *LPSR* prévoit des mécanismes permettant d'améliorer la qualité des soins, dont des programmes d'assurance de la qualité et de relations avec les patients, et met l'accent sur le besoin d'accroître la responsabilité et l'ouverture dans la gouvernance de chaque profession.

11.7 Communication des diagnostics

Certains homéopathes classiques ou profanes prétendent qu'ils n'ont pas besoin de titre de compétences médicales ou naturopathiques parce qu'ils ne posent pas ou ne communiquent pas de diagnostics. Or, il est peu probable que le consommateur fasse cette distinction, surtout après avoir passé une entrevue et un examen approfondis. Les consommateurs peuvent à tort faire confiance à l'aspect scientifique de ce processus, ce qui risque de les exposer à des accidents attribuables à l'incapacité de l'homéopathe, par exemple, d'évaluer correctement les interactions entre les remèdes homéopathiques et les médicaments conventionnels en raison d'un manque de formation. Un problème du genre peut même survenir dans le cas où un homéopathe profane demande le diagnostic d'un médecin conventionnel avant de commencer l'utilisation d'un remède homéopathique.

11.8 Volonté des homéopathes d'être réglementés

Depuis 1992, l'OHA lutte pour la reconnaissance de l'homéopathie en Ontario. À cette fin, elle a :

- fixé, à l'intention de ses membres, des normes de pratique minimales révisées aux cinq ans;
- établi un code de déontologie;
- fait entendre qu'elle s'attendait à ce que les membres perfectionnent leurs compétences;
- commencé l'établissement d'examens administrés par un comité.

Les consultations menées par le CCRPS ont révélé que, même s'il n'y a pas de consensus sur toutes les questions, il est généralement admis que le maintien du statu quo n'est pas acceptable, et que l'homéopathie devrait être réglementée sous une forme ou une autre. Les répondants voient du bon dans l'établissement d'exigences codifiées pour l'entrée dans la profession, de normes de pratique communes et d'un code de conduite. Ils conviennent également du besoin d'accroître la responsabilité et la transparence et de servir l'intérêt public.

Ceci dit, le CCRPS remarque des divergences d'opinions chez les homéopathes. Il note aussi que l'OHA ne représente que 40 % environ des praticiens en Ontario. La réglementation doit passer par un processus inclusif de transition qui amène les praticiens en homéopathie à parvenir à un consensus sur différentes questions. Tout bien considéré, le CCRPS estime que les homéopathes sont prêts à s'engager dans le développement de leur profession et qu'ils accepteront et respecteront les règlements établis.

11.9 Pratique en collaboration

Les possibilités de collaboration entre praticiens de la médecine conventionnelle et ceux des médecines parallèles sont à l'étude. Le Hospital for Sick Children de Toronto terminera bientôt une étude d'envergure sur l'intégration de la médecine conventionnelle et des médecines parallèles, et une conférence sur l'intégration de la médecine conventionnelle avec les médecines complémentaires et parallèles se tiendra à Edmonton au printemps de 2006. Les hôpitaux ontariens qui ont recours aux thérapies parallèles le font généralement pour des raisons culturelles; mentionnons à cet égard la médecine traditionnelle chinoise, la médecine autochtone et la médecine naturopathique.

La réglementation en vertu de la *LPSR* intégrerait des normes nouvelles et uniformes à la pratique de l'homéopathie, ce qui faciliterait la collaboration entre professionnels dans les milieux offrant des soins de santé conventionnels.

12. Formes de réglementation possibles de l'homéopathie

Le CCRPS a examiné quatre formes de réglementation possibles. Le maintien du statu quo a été envisagé, puis rejeté. L'homéopathie est manifestement une forme de médecine et, comme toute forme de médecine, elle présente un risque de préjudice. Quoi qu'on dise de son caractère scientifique, une part non négligeable de la population de l'Ontario y fait appel comme solution de rechange à la médecine conventionnelle. C'est pourquoi le CCRPS est d'avis que le maintien du statu quo est à écarter.

L'autoréglementation volontaire a aussi été envisagée. Le CCRPS a conclu que cette solution n'est pas appropriée. En effet, il serait impossible d'assurer l'application des normes de pratique et d'entrée dans la profession ainsi que des processus d'enquête et de traitement des plaintes. En outre, l'imposition de sanctions par un organisme de réglementation volontaire est relativement inefficace et ne peut empêcher la personne fautive de continuer à pratiquer. Il faut ajouter que, pour que cette forme de réglementation réussisse, il doit y avoir consensus chez les praticiens. Enfin, les systèmes de réglementation volontaire accusent souvent des problèmes de financement, ce qui compromet clairement la protection du public, car les processus d'application des normes et d'assurance de la qualité font alors défaut[39].

On a proposé d'examiner un système à deux vitesses dans lequel les homéopathes classiques demeureraient non réglementés, tandis que les membres de l'OHA seraient assujettis à la réglementation en vertu de la *LPSR*. Le CCRPS a cependant conclu qu'une telle forme de réglementation n'était pas favorable à l'intérêt public.

Le CCRPS a également étudié la possibilité d'adopter une loi autonome et distincte de la *LPSR*. Celle-ci serait essentiellement une réplique de la *LPSR*, qui constitue la norme en matière de réglementation des professions de la santé. On a ainsi envisagé la réglementation des médecines complémentaires et parallèles en vertu d'une nouvelle loi établie en marge de la *LPSR*. Cette option permettrait aux homéopathes d'être assujettis à une loi séparée qui régit d'autres médecines complémentaires et parallèles. Ici encore, il est difficile de voir les avantages d'un cadre réglementaire distinct de la *LPSR*, compte tenu surtout du fait que la *LPSR* s'applique déjà à des professions qui fournissent des soins complémentaires et parallèles, dont la chiropratique et la massothérapie; notons également que la médecine traditionnelle chinoise et l'acupuncture ont été proposées récemment. Comme il existe déjà un cadre réglementaire satisfaisant, cette option a été rejetée.

Le CCRPS est donc d'avis que la réglementation en vertu de la *LPSR* constitue le meilleur moyen d'assurer la protection du public, la qualité des soins et la responsabilité à l'égard du public chez les homéopathes.

13. Actes autorisés

À la lumière des consultations approfondies menées auprès de divers experts et intervenants, le CCRPS ne recommande pas que les homéopathes puissent accomplir des actes autorisés en vertu de la *LPSR*. En effet, les personnes consultées s'entendent pour dire que les actes autorisés ne sont pas nécessaires à la pratique de l'homéopathie.

[39] Ibid., à propos de l'expérience australienne.

13.1 Demande de droits exclusifs de prescription et de composition

Compte tenu des réponses des intervenants, le CCRPS recommande que l'acte de prescrire les remèdes homéopathiques nommés dans la pharmacopée homéopathique des États-Unis (HPUS) et de composer des remèdes à base de narcotiques, de substances toxiques biologiques, de venins et de tissus humains malades, demandé par l'OHA, ne soit pas considéré comme un acte exclusif, ni comme un élément du processus de certification, ni comme un acte réservé à une catégorie de praticiens relevant de la profession d'homéopathe. Le CCRPS recommande plutôt qu'un conseil de transition incorpore ces modalités à des normes de pratique officielles destinées aux homéopathes réglementés, le cas échéant.

14. Titre réservé

Le CCRPS se préoccupe du fait que n'importe qui peut se dire homéopathe. Il en découle un risque pour le consommateur, qui peut être amené à croire que la personne consultée est formée et qualifiée dans la prestation de soins homéopathiques. Le CCRPS recommande donc que le titre d'« homéopathe autorisé » soit réservé.

15. Conclusion

Le CCRPS estime que la profession d'homéopathe devrait être réglementée en vertu de la *LPSR* et que le titre d'« homéopathe autorisé » devrait être réservé. Cependant, il ne recommande pas, pour le moment, que les homéopathes puissent accomplir des actes autorisés.

16. Possibilité de réglementer conjointement les homéopathes et les naturopathes

La conclusion à laquelle est arrivé le CCRPS concernant l'homéopathie, c'est-à-dire, de réglementer la profession en vertu de la *LPSR*, présente une occasion de réglementer conjointement les homéopathes et les naturopathes. Le CCRPS a déjà recommandé deux fois au ministre la réglementation des naturopathes en vertu de la *LPSR* plutôt que de la *Loi sur les praticiens ne prescrivant pas de médicaments* (*LPPM*), et il lui paraît opportun de procéder maintenant à la réglementation conjointe de ces deux professions apparentées.

Plusieurs arguments soutiennent la réglementation des homéopathes et des naturopathes dans un même temps en vertu de la *LPSR*. En effet, la profession de naturopathe est parvenue à un stade avancé de réglementation et elle est disposée à se faire réglementer en vertu de la *LPSR*, tandis que celle d'homéopathe doit exécuter un certain nombre de tâches avant d'être réglementée officiellement, dont les suivantes :

- fixer des exigences en matière de compétence afin d'établir des résultats d'apprentissage et des normes de pratique;
- établir des exigences en matière d'entrée dans la profession;
- mettre en place des processus de traitement des plaintes, d'enquête et de discipline;

- élaborer des programmes d'amélioration de la qualité;
- voir à ce que les praticiens travaillent ensemble pour répondre à de nombreuses exigences posées par la réglementation.

La réglementation des naturopathes pourrait facilement passer de la *LPPM* à la *LPSR*. En effet, la *LPSR* est le cadre le plus moderne pour réglementer les professions de la santé en Ontario, et le plus apte à assurer la protection du public, la qualité des soins et la responsabilité à l'égard du public.

La *LPSR* régit déjà des professions qui offrent des thérapies complémentaires ou parallèles, et le ministre a proposé récemment d'y ajouter la médecine traditionnelle chinoise et l'acupuncture. Pour sa part, la *LPPM* a rempli son objet mais elle a fait son temps. À une certaine époque, elle s'est appliquée à 15 professions de la santé, mais elle ne réglemente plus aujourd'hui que les naturopathes.

Le regroupement des homéopathes et des naturopathes dans un même ordre professionnel aiderait à régler diverses questions, dont l'agrément des programmes d'éducation en homéopathie et l'établissement d'exigences minimales de qualification pour l'entrée dans la profession d'homéopathe en Ontario. La transition des homéopathes vers un système de réglementation complet profiterait grandement de l'expérience des naturopathes, qui sont réglementés depuis 80 ans dans la province. De plus, on relève des liens de parenté étroits entre les deux professions : l'éducation des naturopathes aborde dans une certaine mesure les principes de l'homéopathie, et bon nombre de naturopathes utilisent des remèdes homéopathiques dans le cadre de leur pratique. Le processus de transition exigerait toutefois que les homéopathes atteignent des normes d'entrée dans la profession aussi élevées que celles qui s'appliquent aux naturopathes.

Les effectifs de chaque profession, une fois regroupés, formeraient une masse critique suffisante au maintien de la structure d'un ordre professionnel. La réunion des deux professions dans un même ordre aurait aussi ses avantages.

17. La naturopathie en Ontario

17.1 Réglementation des naturopathes en Ontario

La réglementation des naturopathes a une longue histoire en Ontario. La profession y a été réglementée pour la première fois en 1923 par le biais de modifications à l'*Ontario Medical Act*. Depuis 1925, elle est régie par le Conseil d'administration des praticiens ne prescrivant pas de médicaments (naturopathie) en vertu de la *Loi sur les praticiens ne prescrivant pas de médicaments*. L'Ontario Association of Naturopathic Doctors (OAND) est une association professionnelle distincte qui représente les docteurs en naturopathie.

Les naturopathes, qui veulent être assujettis à la *LPSR* depuis les années 1980, ont participé largement à la révision des lois régissant les professions de la santé. Le CCRPS a mené deux révisions distinctes en 1996 et en 2001. Les deux ont abouti à la conclusion que la profession devait être réglementée en vertu de la *LPSR*.

En avril 2000, l'OAND et le Conseil d'administration des praticiens ne prescrivant pas de médicaments (naturopathie) ont présenté une soumission conjointe au CCRPS. Ils ont alors proposé que la naturopathie soit réglementée comme nouvelle profession en vertu de la *LPSR* par le biais de l'établissement d'un ordre professionnel et d'une loi professionnelle. Leur demande définissait le champ d'exercice des naturopathes et suggérait des titres réservés. Elle recommandait également que les naturopathes puissent accomplir certains actes autorisés.

Le Conseil d'administration des praticiens ne prescrivant pas de médicaments (naturopathie) et l'OAND préconisent depuis longtemps l'assujettissement des naturopathes à la *LPSR*.

Plus récemment, ils ont fait valoir les mesures suivantes :

- que les titres de « docteur en médecine naturopathique » et de « docteur en naturopathie » ainsi que toutes les utilisations du terme « naturopathique » soient réservés aux membres de l'ordre;
- que les naturopathes puissent accoler l'abréviation D^r ou D^{re} à leur nom, à condition que celui-ci soit suivi de l'un des titres des naturopathes, tels que « docteur en médecine naturopathique »;
- que les naturopathes puissent accomplir sept actes autorisés;
- que l'utilisation, par les naturopathes, des produits de santé naturels recensés par la Direction des produits de santé naturels (DPSN) ne soit pas restreinte.

17.2 Qu'est-ce que la naturopathie?

Selon le Conseil d'administration des praticiens ne prescrivant pas de médicaments (naturopathie), la pratique de la médecine naturopathique consiste dans la promotion de la santé, l'évaluation de l'état physique et psychologique de la personne, ainsi que le diagnostic, la prévention et le traitement des maladies, des troubles et des dysfonctionnements au moyen de l'éducation, des procédures diagnostiques courantes et de l'emploi intégré de thérapies et de substances qui favorisent les mécanismes d'autoguérison inhérents à chaque personne.

L'American Association of Naturopathic Physicians (AANP) définit la médecine naturopathique comme un système distinct de soins de santé primaires : il s'agit à la fois d'un art, d'une science, d'une philosophie et d'une pratique qui permettent de diagnostiquer, de traiter et de prévenir la maladie. La naturopathie se caractérise par les principes qui sous-tendent et déterminent sa pratique. Ces principes reposent sur l'observation objective de l'état de santé et de la nature de la maladie, et ils sont sans cesse réexaminés à la lumière des progrès scientifiques. Les méthodes de traitement sont choisies conformément à ces principes et aux caractéristiques individuelles du patient. Les médecins naturopathes sont des fournisseurs de soins de santé primaires qui utilisent des techniques de traitement aussi bien modernes que traditionnelles, et aussi bien scientifiques qu'empiriques.

Principes de la médecine naturopathique[40]

1. **Profiter des propriétés curatives de la nature** – *Vies Medicare Nature.* Les docteurs en naturopathie travaillent de façon à favoriser et à intensifier le processus d'autoguérison inhérent à chaque personne.

2. **Reconnaître et traiter les causes** – *Tulle Causal.* Les docteurs en naturopathie cherchent à repérer et à éliminer les causes sous-jacentes des maladies plutôt que de simplement atténuer ou supprimer les symptômes.

3. **Surtout, ne pas faire de tort** – *Premium Non Nicer.* Les docteurs en naturopathie suivent trois principes pour éviter de faire du tort au patient :

   - employer les méthodes les moins invasives ou nuisibles possibles dans le diagnostic et le traitement des maladies;
   - éviter, dans la mesure du possible, la suppression des symptômes lorsque celle-ci risque de provoquer plus de mal que de bien;
   - reconnaître, respecter et favoriser le processus d'autoguérison de la personne.

4. **Agir comme enseignant** – *Decree.* Les docteurs en naturopathie sensibilisent les patients à toutes les options possibles et les incitent à prendre leurs responsabilités en santé.

5. **Traiter la personne dans son ensemble** – Les docteurs en naturopathie traitent chaque patient en tenant compte de tous les facteurs touchant la santé, qu'ils soient de nature physique, psychologique, génétique, environnementale ou sociale. Un autre aspect de la santé globale consiste à amener le patient à poursuivre son propre épanouissement spirituel.

6. **Prévenir la maladie** – Les docteurs en naturopathie reconnaissent l'importance de prévenir la maladie en portant attention à l'hérédité, aux facteurs de risque et à la prédisposition à certaines maladies. La pratique des interventions appropriées est indispensable à l'atteinte et au maintien d'un état de santé optimal.

17.3 Qu'est-ce qu'un naturopathe?

Selon les renseignements fournis par l'OAND et le Conseil d'administration des praticiens ne prescrivant pas de médicaments (naturopathie), les docteurs en naturopathie prodiguent des soins de santé primaires et auxiliaires aux personnes de tous âges en misant sur l'utilisation rationnelle des thérapies naturelles qui soutiennent et stimulent les processus de guérison. Ils font la promotion de la santé et préviennent, diagnostiquent et traitent les maladies en s'appuyant sur leur ensemble de connaissances et sur les normes de pratique de la profession[41].

---

[40] Adapté de la définition de médecine naturopathique établie par l'American Association of Naturopathic Physicians (AANP), 1989.

[41] Demande de l'OAND et du Conseil d'administration des praticiens ne prescrivant pas de médicaments (naturopathie), avril 2000, p. 4.

La naturopathie fait appel aux thérapies suivantes :

- phytothérapie;
- nutrition clinique;
- counseling;
- homéopathie;
- modification du style de vie et santé publique;
- mécanothérapie, y compris la manipulation de la colonne et des extrémités;
- médecine orientale et acupuncture;
- physiothérapie.

17.4 Comment le public reçoit des services de naturopathie

En mars 2006, le Conseil d'administration des praticiens ne prescrivant pas de médicaments (naturopathie) comptait 699 naturopathes autorisés. La majorité d'entre eux pratiquent seuls, tandis que 20 % environ travaillent avec d'autres naturopathes, et près de 30 % avec d'autres professionnels de la santé. Enfin, un petit nombre de docteurs en naturopathie pratiquent dans un organisme communautaire ou en milieu institutionnel.

Les docteurs en naturopathie posent des diagnostics en employant les instruments et les procédures de la médecine conventionnelle, par exemple : l'observation médicale, l'examen physique, les mesures fonctionnelles en cabinet, les investigations courantes en cabinet et en laboratoire, et l'imagerie diagnostique[42].

17.5 Études et formation

Le Canadian College of Naturopathic Medicine (CCNM), situé à Toronto, est le seul établissement d'enseignement de la naturopathie en Ontario. Il offre un programme d'études en naturopathie de quatre ans qui se divise en trois volets :

- **sciences médicales fondamentales** – anatomie, histologie, physiologie, biochimie, microbiologie et immunologie;
- **disciplines cliniques** – diagnostic physique et clinique, diagnostic différentiel et en laboratoire, radiologie, évaluation naturopathique et orthopédie;
- **disciplines naturopathiques** – acupuncture et médecine orientale, phytothérapie et médecine par les plantes, nutrition clinique, médecine homéopathique, physiatrie et counseling en style de vie.

Pour être admis au programme, il faut avoir terminé trois ans d'un programme de baccalauréat au Canada ou avoir suivi un cheminement équivalent. En 2004, le programme comptait environ 500 étudiants.

---

[42] Demande de l'OAND et du Conseil d'administration des praticiens ne prescrivant pas de médicaments (naturopathie), avril 2000, p. 5.

À la fin du programme, les diplômés doivent passer l'examen du permis de médecin naturopathe (NPLEX) avant de pouvoir s'inscrire au Conseil d'administration des praticiens ne prescrivant pas de médicaments (naturopathie). Ce processus d'examen est utilisé par toutes les autorités qui émettent des permis en Amérique du Nord. Il se compose de cinq examens de sciences fondamentales portant sur l'anatomie, la physiologie, la pathologie, la biochimie, la microbiologie et l'immunologie (ouverts aux étudiants qui ont terminé deux ans d'un programme d'éducation approuvé en naturopathie), ainsi que de sept examens cliniques et de trois examens facultatifs en homéopathie, en chirurgie mineure et en acupuncture. Les examens de sciences fondamentales évaluent si la personne possède les connaissances de base nécessaires à la formation clinique, tandis que les examens cliniques permettent de déterminer si la personne est prête à travailler en clinique – autrement dit, si elle possède les connaissances requises pour pratiquer en toute sécurité[43].

Le processus d'examen NPLEX est mené par le North American Board of Naturopathic Examiners (NABNE), qui fixe les critères à respecter pour passer l'examen, administre les examens et fait rapport des résultats aux organismes de réglementation, comme le Conseil d'administration des praticiens ne prescrivant pas de médicaments (naturopathie). Celui-ci accorde au NABNE le pouvoir d'administrer les examens et se fie à lui pour déterminer les exigences en matière d'entrée dans la profession. Deux membres sur cinq du NABNE viennent du Canada. À l'heure actuelle, NPLEX est le processus sur lequel les treize États et les cinq provinces qui réglementent la naturopathie s'appuient pour vérifier le respect des normes minimales élevées exigées par les candidats à la pratique.

Outre NPLEX, le Conseil d'administration des praticiens ne prescrivant pas de médicaments (naturopathie) administre les examens provinciaux d'acupuncture, d'homéopathie et de jurisprudence de l'Ontario, ainsi que les examens pratiques d'instrumentation, d'acupuncture et de manipulation[44].

Le Council on Naturopathic Medical Education (CNME) est l'organisme d'agrément des programmes d'éducation en naturopathie reconnu en Amérique du Nord. Le secrétaire américain à l'Éducation le considère depuis 1987 comme l'organisme national autorisé à agréer les programmes menant au diplôme de docteur en médecine naturopathique. En 1991, le CNME a élargi sa portée en agréant des programmes offerts au Canada[45].

Les membres du CNME forment également le conseil d'administration de l'organisme. Ils établissent des politiques et des procédures, évaluent et surveillent les établissements d'enseignement et les programmes et rendent des décisions en matière d'agrément et de candidature[46]. Quatre établissements d'enseignement de la naturopathie sont aujourd'hui agréés en Amérique du Nord, dont le CCNM à Toronto.

---

[43] Guide d'étude pour les examens clinique du NPLEX, 1999, p. 1.
[44] Voir http://www.boardofnaturopathicmedicine.on.ca/pdf/2006_Feb_InfoBooklet_Application_rev.pdf.
[45] *Handbook of Accreditation for Naturopathic Medical Colleges and Programs* (éd. 1998), p. 2.
[46] Ibid., p. 2.

18. Demande de réglementation de l'OAND et du Conseil d'administration des praticiens ne prescrivant pas de médicaments (naturopathie)

Dans le cadre de leurs efforts soutenus visant à assujettir les naturopathes à la *LPSR*, l'OAND et le Conseil d'administration des praticiens ne prescrivant pas de médicaments (naturopathie) ont présenté une demande de réglementation conjointe au CCRPS en avril 2000. Dans cette demande, ils ont proposé un champ d'exercice précis pour la pratique de la naturopathie.

> L'exercice de la naturopathie consiste dans la promotion de la santé, l'évaluation de l'état physique et psychologique de la personne, ainsi que le diagnostic, la prévention et le traitement des maladies, des troubles et des dysfonctionnements au moyen de l'emploi intégré de thérapies et de médecines naturelles qui favorisent les mécanismes d'autoguérison inhérents à chaque personne.

L'OAND et le Conseil d'administration des praticiens ne prescrivant pas de médicaments (naturopathie) ont demandé que les docteurs en naturopathie puissent accomplir huit actes autorisés. Ils ont fait valoir que ces actes étaient nécessaires à la pratique des activités découlant du champ d'exercice auquel les naturopathes sont actuellement soumis en vertu de l'article 10 du Règlement de l'Ontario 107/96, qui les dispense de l'article 27(1) de la *LPSR* à cet égard. De plus, ils ont demandé que les titres suivants soient réservés aux membres autorisés :

- docteur naturopathe;
- docteur en naturopathie;.
- docteur en médecine naturopathique;
- naturopathe;
- abréviation « N.D. »

Ils ont aussi demandé que les docteurs en naturopathie puissent utiliser l'abréviation « D^r » ou « D^{re} », comme dans d'autres territoires de compétence où la profession est réglementée.

Dans deux révisions distinctes menées en 1996 et en 2001, le CCRPS a recommandé la réglementation des naturopathes en vertu de la *LPSR*. En 2001, il a recommandé que la naturopathie soit réglementée comme nouvelle profession par le biais de la création d'un Ordre des naturopathes. En outre, il a recommandé que les titres de « naturopathe », « docteur naturopathe » et « docteur en naturopathie » soient réservés, et que les naturopathes puissent accomplir sept des huit actes autorisés demandés, sous réserve de plusieurs restrictions.

Plus récemment, le Conseil d'administration des praticiens ne prescrivant pas de médicaments (naturopathie) a répondu à des demandes de renseignements du CCRPS. À cette occasion, il a mis à jour sa demande de réglementation présentée en 2001 et a réaffirmé sa volonté d'aller de l'avant en ce sens. Dans sa réponse, il se dit prêt à l'établissement d'un ordre conjoint, d'une loi propre à la profession et de sept actes autorisés,

et il accepte que les naturopathes ne soient pas limités à l'utilisation des produits de santé naturels précisés par la DPSN.

19. Facteurs soutenant la recommandation du CCRPS de réglementer les naturopathes

19.1 Risque de préjudice

De nombreux consommateurs qui utilisent les services d'un naturopathe croient que les traitements reçus sont naturels et donc sans danger. Ils s'exposent toutefois à un risque de préjudice direct – effets indésirables provoqués par les préparations administrées et mauvaise application des traitements – et de préjudice indirect – diagnostic erroné et retard dans la participation à des thérapies efficaces.

Le risque de préjudice découlant des herbes médicinales peut être important. Les risques observés dans le rapport de 2001 du CCRPS sont toujours présents, notamment la consommation de doses inadéquates et les interactions entre herbes médicinales ou entre herbe médicinale et médicament. Certains remèdes à base d'herbes sont essentiellement dangereux (ex. : l'aristolochia fangchi[47] et la consoude officinale[48]) et de nombreux autres peuvent être dangereux s'ils sont consommés en doses inadéquates (ex. : le caulophylle faux-pigamon[49]) ou avec d'autres produits ou médicaments à base d'herbes (ex. : le millepertuis commun[50]). L'initiative qu'a entreprise le gouvernement fédéral afin de réglementer les produits de santé naturels et de dresser une liste des produits dont l'utilisation est restreinte ou contrôlée témoigne du risque de préjudice potentiel qui en découle.

Aux États-Unis, le groupe de consensus sur l'acupuncture des National Institutes of Health (NIH) a conclu que, même si les cas d'effets indésirables liés à la pratique de l'acupuncture sont très peu nombreux, on signale de rares cas où la vie du patient a été menacée (ex. : pneumothorax). Par conséquent, il est essentiel de prendre les mesures de protection qui s'imposent[51].

19.2 Conflit d'intérêts

Des personnes ont exprimé certaines craintes concernant le risque de conflit d'intérêts qui se présente lorsqu'un praticien fournit un médicament qu'il a lui-même prescrit ou recommandé au patient. Certains naturopathes fournissent des remèdes à leurs patients. Cette question peut être réglée au moyen de la réglementation et de l'application de normes de pratique.

19.3 Qualifications et agrément

Le CCRPS remarque des progrès importants dans la rigueur scientifique entourant l'ensemble des connaissances relatives à la profession.

[47] Greensfelder, 2000.
[48] Chandler et coll., p. 83.
[49] Chandler et coll., p. 58.
[50] Chandler et coll., p. 200.
[51] Déclaration de consensus des NIH sur l'acupuncture, p. 14.

Il constate qu'un nombre croissant de travaux de recherche sont publiés dans les revues révisées par des pairs et que les universitaires analysent de près les programmes d'études en s'appuyant sur ces travaux.

Le CCNM, l'un des quatre établissements d'enseignement de la naturopathie en Amérique du Nord, se trouve à Toronto. Après en avoir examiné le programme d'études, et compte tenu que le CCNM a été agréé par un organisme nord-américain reconnu, le CCRPS estime que la qualité du programme d'éducation destiné aux naturopathes de l'Ontario (et du Canada) est suffisante pour que les docteurs en naturopathie puissent recevoir une éducation et une formation convenables.

19.4 Titre réservé

Le Conseil d'administration des praticiens ne prescrivant pas de médicaments (naturopathie) a clarifié récemment au CCRPS la question des titres réservés. Dans son rapport de 2001, le CCRPS désigne les membres de la profession par les termes « naturopathes » et « docteurs en naturopathie », et la pratique par les termes « naturopathie » et « médecine naturopathique ». Selon le Conseil d'administration des praticiens ne prescrivant pas de médicaments (naturopathie), les appellations utilisées là où la profession est réglementée en Amérique du Nord sont « docteur en naturopathie » et « docteur en médecine naturopathique ». Dans certains endroits, le terme « naturopathe » désigne une catégorie distincte de praticiens qui n'ont pas encore satisfait aux exigences plus rigoureuses appliquées aux docteurs en naturopathie de l'Ontario. Tous les territoires de compétence nord-américains qui réglementent la naturopathie observent les mêmes exigences en matière d'entrée dans la profession, soit la procédure NPLEX. Par ailleurs, le Conseil d'administration des praticiens ne prescrivant pas de médicaments (naturopathie) a indiqué que le terme « naturopathe » est employé, dans les provinces et territoires canadiens où la profession n'est pas réglementée, par des personnes dont l'éducation et/ou la formation est irrégulière et inférieure aux normes. Au sein même de la profession, le terme « naturopathie » est jugé désuet. C'est plutôt celui de « médecine naturopathique » qui est accepté et utilisé couramment aujourd'hui.

19.5 Supervision

La majorité (55 %) des praticiens en naturopathie pratiquent seuls. Ceux-ci sont peu supervisés, sinon pas du tout. Il n'existe d'ailleurs aucun processus permettant de superviser les capacités ou le respect des normes, ou de fournir du mentorat par les pairs.

19.6 Volonté des homéopathes d'être réglementés

Les naturopathes de l'Ontario ont tenté à plusieurs reprises d'être réglementés en vertu de la *LPSR*. L'OAND et le Conseil d'administration des praticiens ne prescrivant pas de médicaments (naturopathie) ont soumis une proposition de réglementation en avril 2000 et ont réaffirmé leur volonté à cet égard en 2005 et en 2006.

Une coalition formée par le Conseil d'administration des praticiens ne prescrivant pas de médicaments (naturopathie), l'OAND, l'Association canadienne des docteurs en naturopathie et le CCNM a mené récemment un sondage Internet[52] auprès des praticiens réglementés par Conseil d'administration des praticiens ne prescrivant pas de médicaments (naturopathie). Il a été révélé que :

- les trois quarts des membres sondés jugent inadéquate la réglementation actuelle;
- les trois quarts des membres sondés accordent une grande importance à la réglementation des docteurs en naturopathie en vertu de la *LPSR*; et que, si on ajoute les personnes qui jugent cette réglementation assez importante, la proportion atteint les 95 %;
- près de quatre membres sur cinq appuient la réglementation en vertu de la *LPSR*.

20. Lacunes de la *Loi sur les praticiens ne prescrivant pas de médicaments*

À l'heure actuelle, la profession de docteur en médecine naturopathique est réglementée en vertu de la *Loi sur les praticiens ne prescrivant pas de médicaments* (*LPPM*), promulguée il y a plus de 80 ans, en 1925. Il y a dix ans, le rapport du CCRPS sur la naturopathie avait mis en lumière bon nombre des problèmes relatifs à la réglementation d'une profession de la santé en vertu de la *LPPM*, dont les suivants.

- La *LPPM* et le Règlement 278 ne renferment aucune disposition concernant le maintien des compétences des professionnels autorisés. Le Conseil d'administration des praticiens ne prescrivant pas de médicaments (naturopathie) a tenté d'y remédier en élaborant une politique posant des exigences minimales en matière d'éducation continue, mais la législation ne lui donne aucun pouvoir qui lui permettrait d'appliquer cette politique.

- La *LPPM* ne contient aucune disposition prévoyant le recours à d'autres mesures d'assurance de la qualité, comme un programme de dossier, l'examen de la pratique ou la correction des comportements de nature sexuelle.

- La *LPPM* ne contient rien qui permet d'empêcher les abus sexuels et d'y répondre efficacement.

- Contrairement à la *LPPM*, la *LPSR* accorde des pouvoirs d'enquête concernant les cas de mauvaise conduite, d'incompétence et d'incapacité (ex. : droit d'accès aux cabinets et aux dossiers, pouvoirs d'assignation, mandat de perquisition, comité d'enquête).

[52] Sondage menée du 21 février au 3 mars 2006.

- La *LPPM* ne prévoit pas d'options viables pour le traitement des cas de faute professionnelle et d'incompétence.

- En cas de difficulté concernant la décision rendue à l'égard d'une plainte, la seule procédure d'appel à laquelle les patients ont recours en vertu de la *LPPM* consiste dans la demande d'une révision judiciaire.

- Les seules mesures disciplinaires possibles que prévoit la *LPPM* à l'égard des praticiens qui ont commis un acte de mauvaise conduite sont la suspension et la radiation.

- La *LPPM* ne prévoit aucune mesure disciplinaire telle que l'obligation de participer à des cours de perfectionnement, l'imposition de restrictions à la pratique ainsi que la surveillance ou la supervision obligatoire.

- La *LPPM* ne renferme aucun règlement qui autorise explicitement la délégation de certaines tâches à d'autres professionnels de la santé réglementés par les docteurs en naturopathie.

En 2006, le CCRPS estime toujours que la *LPPM* n'est pas le véhicule législatif qui convient à la réglementation des professions de la santé.

21. Résumé des arguments en faveur de la réglementation

Les docteurs en naturopathie observent des exigences, des titres de compétence, des normes de pratique ainsi que des processus de traitement des plaintes, d'enquête et de discipline bien établis. Ils comptent aussi sur un ensemble de connaissances clair. De plus, l'un des quatre établissements d'enseignement de la naturopathie reconnus mondialement se situe en Ontario. Ajoutons que les naturopathes sont déjà réglementés dans de nombreux endroits et que la profession s'est toujours montrée désireuse d'être réglementée en vertu de la *LPSR*.

Le CCRPS s'est maintenant prononcé à deux reprises en faveur de la réglementation. À chaque occasion, il a conclu que la pratique de la naturopathie présentait des risques de préjudice direct et indirect importants. La *LPPM* n'est pas dotée de dispositions suffisantes en matière de sécurité publique et de responsabilité pour régler la question du préjudice ou pour assurer la protection de l'intérêt du public.

22. Conclusion

La *LPSR* comble les lacunes de la *LPPM* en offrant un cadre réglementaire complet pour la réglementation des professions de la santé. Il est donc dans l'intérêt du public de réglementer la profession de naturopathe en vertu de la *LPSR*. À la suite de l'avis qu'il avait rendu antérieurement, le CCRPS estime en outre que la profession de naturopathe devrait être réglementée par le biais de la création d'un ordre professionnel partagé en commun avec les homéopathes.

23. Réglementation conjointe de l'homéopathie et de la naturopathie

Le CCRPS voit des liens clairs entre les principes et les pratiques de la naturopathie et de l'homéopathie. C'est pourquoi il recommande la réglementation conjointe des deux professions dans le cadre d'un ordre commun assujetti à la *LPSR*. Le CCRPS estime en effet que la naturopathie et l'homéopathie gagneraient à être réglementées en vertu d'une seule loi et régies par le conseil d'un seul ordre professionnel qui offrirait des possibilités d'activités et de représentation propres à chacune et dont les membres seraient nommés par le lieutenant-gouverneur en conseil.

Le CCRPS juge que cette option présente de nombreux avantages. Mentionnons notamment les économies réalisées par les deux professions, qui possèdent individuellement des effectifs assez modestes. Une fois regroupés, toutefois, ces effectifs forment une masse critique suffisante au maintien de la structure d'un ordre professionnel. À cet égard, l'Ordre des audiologistes et des orthophonistes de l'Ontario offre un modèle de réussite pour la réglementation de deux professions dans un même ordre. Signalons enfin que cette forme de réglementation augmente les possibilités de collaboration entre professions.

23.1 Champs d'exercice

La tenue des processus de consultation et de recherche ainsi que les conseils reçus de divers intervenants amènent le CCRPS à présenter les recommandations suivantes.

- Que le champ d'exercice des naturopathes soit définit de la façon suivante :

  > L'exercice de la naturopathie consiste dans la promotion de la santé, l'évaluation de l'état physique et psychologique de la personne, ainsi que le diagnostic, la prévention et le traitement des maladies, des troubles et des dysfonctionnements au moyen de l'emploi intégré de thérapies et de médecines naturelles qui favorisent les mécanismes d'autoguérison inhérents à chaque personne.

- Que le champ d'exercice des homéopathes soit définit de la façon suivante :

  > L'exercice de l'homéopathie consiste dans l'évaluation des troubles touchant les systèmes et les appareils de l'organisme au moyen de techniques homéopathiques et de traitements comprenant des remèdes homéopathiques qui favorisent, maintiennent ou rétablissent la santé.

23.2 Actes autorisés

Homéopathie

Le CCRPS ne recommande pas, pour le moment, que les homéopathes puissent accomplir des actes autorisés.

Naturopathie

En 2001, le CCRPS avait présenté une série de recommandations concernant les actes qui devaient être autorisés aux docteurs en naturopathie. En 2006, le Conseil d'administration des praticiens ne prescrivant pas de médicaments (naturopathie) et l'OAND lui ont fourni des renseignements et des éclaircissements supplémentaires afin d'étayer leurs demandes antérieures de réglementation en vertu de la *LPSR*. Après avoir passé en revue ses conclusions de 2001, le CCRPS présente les recommandations suivantes.

- **Communiquer des diagnostics**

  En 2001, le CCRPS avait recommandé que les docteurs en naturopathie soient autorisés à communiquer des diagnostics :

  > Que les naturopathes soient autorisés à communiquer un diagnostic, à condition que le diagnostic soit établi :
  >
  > - en fonction des antécédents du patient, des résultats d'un examen de santé complet et, au besoin, des résultats de tests en laboratoire et d'autres investigations que le membre est autorisé à exécuter;
  >
  > - une fois que le membre aura appliqué les indicateurs d'orientation et/ou de consultation obligatoires qui seront élaborés par l'Ordre.

  Le CCRPS maintient sa recommandation de 2001.

- **Pratiquer des interventions sous le derme**

  En 2001, le CCRPS avait recommandé que les naturopathes soient autorisés à pratiquer des interventions sous le derme :

  > Pratiquer des interventions sur le tissu situé sous le derme pour les besoins de la veinopuncture, des tests par piqûre et de l'acupuncture.

  Le CCRPS maintient sa recommandation de 2001.

- **Mouvoir les articulations de la colonne vertébrale**

  En 2001, le CCRPS avait recommandé que les naturopathes soient autorisés à mouvoir les articulations de la colonne vertébrale au-delà de l'arc de mouvement physiologique habituel des personnes au moyen d'impulsions rapides de faible amplitude, à l'exception des manipulations de la colonne cervicale; et qu'un règlement sur la consultation et l'orientation obligatoires soit élaboré par l'organisme de réglementation et mis en place avant l'édiction d'une loi sur les naturopathes.

  Le Conseil d'administration des praticiens ne prescrivant pas de médicaments (naturopathie) a indiqué au CCRPS que la manipulation

de la colonne vertébrale a toujours fait partie du champ d'exercice des docteurs en naturopathie et que, jusqu'à présent, on ne lui a signalé aucun incident à cet égard. Il fait également remarquer que des normes de pratique et des exigences en éducation continue sont déjà en place pour l'exercice de ce traitement en toute sécurité. Le CCRPS note que cette technique fait partie du champ d'exercice des naturopathes ailleurs en Amérique du Nord.

Le CCRPS remarque également que le Conseil d'administration des praticiens ne prescrivant pas de médicaments (naturopathie) exige de tout candidat à l'inscription qu'il passe les examens NPLEX de physiothérapie et de diagnostic ainsi que l'examen pratique de manipulation de la colonne vertébrale, y compris de la colonne cervicale. Le CCRPS est d'avis que toute restriction concernant la manipulation de la colonne cervicale devrait être établie par l'Ordre conformément aux règlements applicables.

Par conséquent, le CCRPS recommande que les naturopathes soient autorisés à mouvoir les articulations de la colonne vertébrale au-delà de l'arc de mouvement physiologique habituel des personnes au moyen d'impulsions rapides de faible amplitude.

- **Administrer des substances**

En 2001, le CCRPS avait recommandé que les naturopathes soient autorisés à administrer des substances par voie d'injection ou d'inhalation :

> Administrer des substances par voie d'inhalation ou d'injection conformément aux règlements.

Cette même année, le CCRPS avait aussi recommandé l'imposition de certaines restrictions pour ne pas que les naturopathes puissent administrer des substances considérées comme des médicaments, à moins que les substances en question aient été prescrites par un professionnel de la santé réglementé et autorisé à prescrire des médicaments. Cette recommandation était fondée sur la supposition que le gouvernement fédéral dresserait une liste des produits de santé naturels à utilisation restreinte ou contrôlée et que les substances employées par les naturopathes y seraient transférées. Cette liste n'a cependant pas encore vu le jour.

Par conséquent, le CCRPS recommande que les naturopathes puissent accomplir l'acte autorisé suivant :

> Administrer des substances par voie d'inhalation ou d'injection conformément aux règlements.

- **Introduire un instrument, une main ou un doigt dans certains orifices du corps**

En 2001, le CCRPS avait recommandé :

Que les naturopathes soient autorisés à introduire un instrument, une main ou un doigt dans les orifices du corps, tout en respectant les limites suivantes :

- au-delà du méat urinaire afin d'effectuer un prélèvement;
- au-delà des grandes lèvres, mais non au-delà du col utérin;
- au-delà de la marge de l'anus, mais non au-delà de la jonction entre le sigmoïde et le rectum.

Le CCRPS maintient sa recommandation de 2001.

- **Formes d'énergie**

Le CCRPS recommande que les naturopathes soient autorisés à appliquer une forme d'énergie ou à en ordonner l'application de la façon suivante :

Ordonner l'utilisation des ultrasons et d'autres formes d'énergie à des fins de diagnostic et conformément aux règlements.

Le CCRPS précise que d'autres formes d'énergie pourraient être proposées au cours de l'élaboration de la réglementation.

- **Prescrire, préparer, vendre et/ou composer des médicaments et des produits naturels**

En 2001, la recommandation du CCRPS concernant la prescription de médicaments par les naturopathes était fondée sur la supposition que le gouvernement fédéral dresserait une liste des produits de santé naturels à utilisation restreinte ou contrôlée. Selon le CCRPS, il était logique que les naturopathes puissent prescrire les substances figurant à cette liste. Il avait donc recommandé que ceux-ci soient autorisés à prescrire, à préparer, à vendre et à composer des produits de santé naturels. Dans les cinq ans qui ont suivi, toutefois, la DPSN a été créée, et les règlements sur les produits de santé naturels sont entrés en vigueur en janvier 2004. Ces règlements s'appliquent seulement aux produits jugés suffisamment sécuritaires pour être offerts en vente libre au public. Selon le Conseil d'administration des praticiens ne prescrivant pas de médicaments (naturopathie) :

Un certain nombre de produits de santé naturels qui ne sont pas assujettis aux règlements sont prescrits, composés et/ou préparés depuis longtemps de façon sécuritaire et efficace par les docteurs en naturopathie, et/ou ont été ou pourraient être retirés de la vente au public en raison de craintes liées à la sécurité. Comme il a été indiqué au Symposium international de Santé Canada sur les interactions entre les médicaments, les aliments et les produits de santé naturels, qui a eu lieu les 9 et 10 février 2006, la DPSN envisage de créer une nomenclature distincte pour les produits de santé naturels dont la consommation présente un risque jugé plus élevé. Cette mesure a été défendue par les naturopathes dès l'élaboration

> des règlements. En effet, certaines herbes médicinales et d'autres produits de santé naturels ne devraient être utilisés que sur la recommandation et sous la supervision d'un professionnel de la santé adéquatement qualifié et formé. Il est essentiel que les substances qui sont utilisées pour les diagnostics, les thérapies et les soins d'urgence et qui sont demandées par les docteurs en naturopathie soient mises à leur disposition[33].

Le CCRPS a aussi appris que neuf des douze États américains qui réglementent la naturopathie permettent aux membres de la profession de prescrire et d'utiliser des médicaments.

Le CCRPS estime que les patients ne peuvent pas bénéficier des meilleurs soins possibles si les docteurs en naturopathie n'ont pas accès aux substances conformes à la pratique de la naturopathie. Il recommande donc :

> Que les naturopathes soient autorisés à prescrire, à préparer, à vendre et/ou à composer des médicaments conformes à la pratique de la naturopathie et prescrits par les règlements.

- **Pratiquer des tests de provocation d'allergie**

Comme en 2001, le CCRPS recommande que les naturopathes ne soient pas autorisés à pratiquer des tests de provocation d'allergie.

23.3 Titres professionnels

Le CCRPS présente les recommandations suivantes.

Homéopathie

- Que l'utilisation du titre d'« homéopathe autorisé » ou d'une variante, d'une abréviation ou d'un équivalent dans une autre langue, soit réservée aux membres de l'Ordre.

- Que toute personne qui ne soit pas membre de l'Ordre ne puisse prétendre avoir qualité pour pratiquer l'homéopathie en Ontario.

Naturopathie

- Que l'utilisation des titres de « docteur en naturopathie », « docteur en médecine naturopathique » et « naturopathe », ou d'une variante, d'une abréviation ou d'un équivalent dans une autre langue, soit réservée aux membres de l'Ordre.

[33] Documentation du Conseil d'administration des praticiens ne prescrivant pas de médicaments (naturopathie) remise au CCRPS, mars 2006.

- Que toute personne qui ne soit pas membre de l'Ordre ne puisse prétendre avoir qualité pour pratiquer la naturopathie ou la médecine naturopathique en Ontario.

24. Transition à la réglementation

Certaines activités de transition devront être menées en préparation à la réglementation des homéopathes et des naturopathes dans un ordre professionnel assujetti à la *LPSR*. Le CCRPS recommande qu'un processus de transition structuré et pluriannuel, propre à la naturopathie et à l'homéopathie, soit prévu dans la législation, et qu'un conseil de transition de l'homéopathie et un conseil de transition de la naturopathie soient établis. Ces conseils élaboreront et appliqueront des qualifications minimales élevées et des normes de pratique de la profession, et effectueront certaines activités conjointement.

Étant donné que les naturopathes sont réglementés depuis plus de 80 ans en Ontario, une courte période de transition suffira pour procéder à la réglementation en vertu de la *LPSR*. À cette fin, un délai minimal d'un an devrait être fixé pour permettre au conseil de transition de la naturopathie de remplir ses fonctions. Par ailleurs, compte tenu des défis que doit relever la profession d'homéopathe, le conseil de transition de l'homéopathie devrait avoir droit à un délai de trois ans pour remplir ses fonctions.

Il n'existe, au Canada, aucun système d'agrément fiable des programmes d'études en homéopathie. Les programmes varient d'ailleurs considérablement d'une école à l'autre. Au cours de la transition, les homéopathes devront atteindre des exigences semblables à celles qui s'appliquent à d'autres professionnels de la santé réglementés, aussi bien en ce qui concerne la qualité de l'éducation que l'entrée dans la profession.

24.1 Homéopathie : conseil de transition

Le CCRPS recommande que le conseil de transition de l'homéopathie soit composé d'un président, d'un vice-président et d'autres membres nommés par le lieutenant-gouverneur en conseil, sur recommandation du ministre de la Santé et des Soins de longue durée. Le conseil de transition de l'homéopathie devrait nommer un registrateur de concert avec le conseil de transition de la naturopathie.

Outre le président et le vice-président, le conseil de transition de l'homéopathie devrait être composé de six à neuf personnes qui sont des praticiens non réglementés de l'homéopathie; de cinq à huit membres du public; et d'au moins trois personnes nommées par l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario, l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario et l'Ordre des chiropraticiens de l'Ontario.

Le CCRPS recommande que le conseil de transition fasse appel à des représentants des trois ordres nommés ci-dessus pour qu'il puisse profiter de leur participation et de leur aide dans la reconnaissance et l'élaboration de compétences menant à l'établissement de normes d'éducation, d'exigences en matière d'entrée dans la profession, de

normes générales de pratique et de processus de traitement des plaintes, d'enquête et de discipline pour la pratique de l'homéopathie. Ces personnes possèdent de l'expertise en réglementation et doivent s'acquitter elles-mêmes de responsabilités semblables dans leur ordre respectif.

Il n'est pas prévu que les représentants des ordres existants deviennent membres du conseil permanent du nouvel Ordre; leur mandat prendra fin une fois le travail du conseil de transition terminé.

Le conseil de transition de l'homéopathie devrait entreprendre immédiatement l'élaboration de ce qui suit :

- une liste des homéopathes en exercice, y compris le nom du praticien, les études et la formation suivies et les pratiques de facturation;
- des qualifications minimales élevées, y compris des normes d'éducation et d'équivalence;
- des exigences en matière d'entrée dans la profession;
- des catégories d'inscription;
- des normes générales sur la pratique de l'homéopathie;
- des programmes d'assurance de la qualité et de maintien des compétences relatifs à la pratique de l'homéopathie;
- des normes sur la consultation et l'orientation obligatoires;
- toute question que le conseil de transition juge importante concernant la réglementation des homéopathes.

Le conseil de transition de l'homéopathie aurait le pouvoir d'accepter et de traiter les demandes de certificat d'inscription, de facturer des droits de demande et d'émettre les certificats d'inscription.

24.2 Naturopathie : conseil de transition

On s'attend à ce que les activités de transition menant à la réglementation des naturopathes en vertu de la *LPSR* puissent être achevées dans un délai d'un an. Le conseil de transition de la naturopathie devrait être composé d'un président, d'un vice-président et d'autres membres nommés par le lieutenant-gouverneur en conseil, sur recommandation du ministre de la Santé et des Soins de longue durée. Le conseil de transition de la naturopathie devrait nommer un registrateur de concert avec le conseil de transition de l'homéopathie.

Outre le président et le vice-président, le conseil de transition de la naturopathie devrait être composé de six à neuf personnes qui sont des praticiens réglementés de la naturopathie; de cinq ou six membres du public; et d'au moins trois personnes nommées par l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario, l'Ordre des chiropraticiens de l'Ontario et l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario.

Il n'est pas prévu que les représentants des ordres existants deviennent membres du conseil permanent du nouvel Ordre; leur mandat prendra fin une fois le travail du conseil de transition terminé.

Le conseil de transition de la naturopathie devrait entreprendre immédiatement l'élaboration de ce qui suit :

- une liste des naturopathes en exercice, y compris le nom du praticien, les études et la formation suivies et les pratiques de facturation;
- des qualifications minimales élevées pour l'entrée dans la profession, y compris des normes d'équivalence;
- des normes générales sur la pratique de la naturopathie;
- des programmes d'assurance de la qualité et de maintien des compétences relatifs à la pratique de la naturopathie;
- des catégories d'inscription relatives à la pratique de la naturopathie;
- des normes sur la consultation et l'orientation obligatoires;
- toute question que le conseil de transition juge importante concernant la réglementation des naturopathes.

Le conseil de transition de la naturopathie aurait le pouvoir d'accepter et de traiter les demandes de certificat d'inscription, de facturer des droits de demande et d'émettre les certificats d'inscription.

24.3 Fonctions conjointes des conseils de transition

Le CCRPS croit qu'il est important que les conseils de transition entreprennent conjointement et immédiatement certaines tâches, dont les suivantes :

- nomination d'un registrateur;
- élaboration de processus de traitement des plaintes, d'enquête et de discipline;
- élaboration des règlements de l'Ordre;
- élaboration des règlements sur la publicité, les conflits d'intérêts et la tenue de dossiers;
- élaboration d'un code de déontologie et d'un code de conduite professionnelle.

25. Recommandations

Le CCRPS présente les recommandations suivantes au ministre.

1. Que les homéopathes et les naturopathes soient réglementés en vertu de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées.*

2. Qu'un Ordre des naturopathes et des homéopathes de l'Ontario soit établi.

3. Que le conseil de l'Ordre soit composé (a) de six à neuf personnes élues parmi les membres de l'Ordre conformément aux règlements applicables et; (b) de cinq à huit personnes nommées par le lieutenant-gouverneur en conseil qui ne sont pas membres de l'Ordre ou d'un autre ordre ou conseil assujetti à la *LPSR.*

4. Que les membres du conseil élisent parmi eux annuellement un président et un vice-président du conseil.

5. Que chaque membre de l'Ordre qui pratique l'homéopathie ou la naturopathie, ou qui réside en Ontario et s'est acquitté à temps de sa cotisation annuelle puisse participer à l'élection des membres du conseil.

6. Que le champ d'exercice des naturopathes soit définit de la façon suivante :

   L'exercice de la naturopathie consiste dans la promotion de la santé, l'évaluation de l'état physique et psychologique de la personne, ainsi que le diagnostic, la prévention et le traitement des maladies, des troubles et des dysfonctionnements au moyen de l'emploi intégré de thérapies et de médecines naturelles qui favorisent les mécanismes d'autoguérison inhérents à chaque personne.

7. Que le champ d'exercice des homéopathes soit définit de la façon suivante :

   L'exercice de l'homéopathie consiste dans l'évaluation des troubles touchant les systèmes et les appareils de l'organisme au moyen de techniques homéopathiques et de traitements comprenant des remèdes homéopathiques qui favorisent, maintiennent ou rétablissent la santé.

8. Que les homéopathes ne puissent accomplir aucun acte autorisé.

9. Le CCRPS présente les recommandations suivantes concernant les actes autorisés aux naturopathes.

   - **Communiquer des diagnostics**

     Que les naturopathes soient autorisés à communiquer un diagnostic, à condition que le diagnostic soit établi :

- en fonction des antécédents du patient, des résultats d'un examen de santé complet et, au besoin, des résultats de tests en laboratoire et d'autres investigations que le membre est autorisé à exécuter;

- une fois que le membre aura appliqué les indicateurs d'orientation et/ou de consultation obligatoires qui seront élaborés par l'Ordre.

- **Pratiquer des interventions sous le derme**

  Que les naturopathes soient autorisés à pratiquer des interventions sur le tissu situé sous le derme pour les besoins de la veinopuncture, des tests par piqûre et de l'acupuncture.

- **Mouvoir les articulations de la colonne vertébrale**

  Que les naturopathes soient autorisés à mouvoir les articulations de la colonne vertébrale au-delà de l'arc de mouvement physiologique habituel des personnes au moyen d'impulsions rapides de faible amplitude.

- **Administrer des substances**

  Que les naturopathes soient autorisés à administrer des substances par voie d'inhalation ou d'injection et conformément aux règlements.

- **Introduire un instrument, une main ou un doigt dans certains orifices du corps**

  Que les naturopathes soient autorisés à introduire un instrument, une main ou un doigt dans les orifices du corps, tout en respectant les limites suivantes :

  - au-delà du méat urinaire afin d'effectuer un prélèvement;

  - au-delà des grandes lèvres, mais non au-delà du col utérin;

  - au-delà de la marge de l'anus, mais non au-delà de la jonction entre le sigmoïde et le rectum.

- **Formes d'énergie**

  Que les naturopathes soient autorisés à appliquer une forme d'énergie ou à en ordonner l'application de la façon suivante :

  - ordonner l'utilisation des ultrasons et d'autres formes d'énergie à des fins de diagnostic et conformément aux règlements.

- **Prescrire, préparer, vendre et/ou composer des médicaments et des produits naturels**

  Que les naturopathes soient autorisés à prescrire, à préparer, à vendre et/ou à composer des médicaments conformes à la pratique de la naturopathie et prescrits par les règlements.

- **Pratiquer des tests de provocation d'allergie**

  Que les naturopathes ne soient pas autorisés à pratiquer des tests de provocation d'allergie.

10. Que l'utilisation du titre d'« homéopathe autorisé » ou d'une variante, d'une abréviation ou d'un équivalent dans une autre langue, soit réservée aux membres de l'Ordre.

11. Que toute personne qui ne soit pas membre de l'Ordre ne puisse prétendre avoir qualité pour pratiquer l'homéopathie en Ontario.

12. Que l'utilisation des titres de « docteur en naturopathie », « docteur en médecine naturopathique » et « naturopathe », ou d'une variante, d'une abréviation ou d'un équivalent dans une autre langue, soit réservée aux membres de l'Ordre.

13. Que toute personne qui ne soit pas membre de l'Ordre ne puisse prétendre avoir qualité pour pratiquer la naturopathie ou la médecine naturopathique en Ontario.

14. Que le lieutenant-gouverneur en conseil, sur recommandation du ministre, nomme pour un mandat de trois ans un conseil de transition de l'homéopathie, de même qu'un président et un vice-président du conseil.

15. Que le lieutenant-gouverneur en conseil, sur recommandation du ministre, nomme pour un mandat d'un an un conseil de transition de la naturopathie, de même qu'un président et un vice-président du conseil.

16. Que le conseil de transition de l'homéopathie soit composé d'un président; d'un vice-président; de six à neuf personnes qui sont actuellement des praticiens non réglementés de l'homéopathie; d'au moins trois personnes nommées par l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, l'Ordre des chiropraticiens de l'Ontario et l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario; et de cinq à huit personnes qui ne sont actuellement pas des praticiens non réglementés de l'homéopathie, ni des membres d'un ordre réglementé ou d'un conseil assujetti à la *LPSR*.

17. Que le conseil de transition de la naturopathie soit composé d'un président; d'un vice-président; de six à neuf personnes qui sont actuellement des membres inscrits du Conseil d'administration des praticiens ne prescrivant pas de médicaments (naturopathie); d'au moins trois personnes nommées par l'Ordre des médecins et

chirurgiens de l'Ontario, l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario et l'Ordre des chiropraticiens de l'Ontario; et de cinq à huit personnes qui ne sont actuellement pas des membres inscrits du Conseil d'administration des praticiens ne prescrivant pas de médicaments (naturopathie), ni des membres d'un ordre réglementé ou d'un conseil assujetti à la *LPSR*.

18. Que le conseil de transition de l'homéopathie et le conseil de transition de la naturopathie prennent conjointement et immédiatement les mesures suivantes :

    a) nommer un registrateur;

    b) élaborer des processus de traitement des plaintes, d'enquête et de discipline;

    c) élaborer les règlements de l'Ordre, y compris des règlements sur l'élection des membres du conseil;

    d) élaborer des règlements sur la publicité, les conflits d'intérêts et la tenue de dossiers;

    e) élaborer des procédures administratives;

    f) élaborer un code de déontologie et un code de conduite professionnelle.

19. Que le conseil de transition de l'homéopathie et ses comités aient le pouvoir d'accepter et de traiter les demandes de certificat d'inscription, de facturer des droits de demande et d'émettre les certificats d'inscription.

20. Que le conseil de transition de la naturopathie et ses comités aient le pouvoir d'accepter et de traiter les demandes de certificat d'inscription, de facturer des droits de demande et d'émettre les certificats d'inscription.

21. Que le conseil de transition de l'homéopathie ainsi que ses membres et ses comités aient le pouvoir de prendre toute mesure jugée nécessaire ou avisée en attendant l'établissement du conseil.

22. Que le conseil de transition de la naturopathie ainsi que ses membres et ses comités aient le pouvoir de prendre toute mesure jugée nécessaire ou avisée en attendant l'établissement du conseil.

23. Que, dès la nomination de ses membres, le conseil de transition de l'homéopathie entreprenne immédiatement l'élaboration de ce qui suit :

    a) une liste des homéopathes non réglementés actuellement en exercice, y compris le nom et l'adresse du praticien, les études et la formation suivies, les pratiques de facturation et la forme d'homéopathie exercée;

b) des qualifications minimales élevées visant la pratique de l'homéopathie;

c) des exigences en matière d'éducation et des normes d'équivalence permettant de procéder à l'inscription des homéopathes non réglementés actuellement en exercice;

d) des catégories d'inscription relatives à la pratique de l'homéopathie;

e) des normes générales sur la pratique de l'homéopathie;

f) des normes sur la consultation obligatoire et l'orientations obligatoires;

g) des programmes d'assurance de la qualité et de maintien des compétences relatifs à la pratique de l'homéopathie;

h) toute question que le conseil de transition juge importante concernant la réglementation des homéopathes.

24. Que, dès la nomination de ses membres, le conseil de transition de la naturopathie entreprenne immédiatement l'élaboration de ce qui suit :

a) une liste des personnes inscrites actuellement au Conseil d'administration des praticiens ne prescrivant pas de médicaments (naturopathie), y compris le nom et l'adresse de chacune, les études et la formation suivies, les pratiques de facturation et la forme de naturopathie exercée;

b) des qualifications minimales élevées visant la pratique de la naturopathie;

c) des exigences en matière d'éducation et des normes d'équivalence permettant de procéder à l'inscription des naturopathes réglementés et non réglementés actuellement en exercice;

d) des catégories d'inscription relatives à la pratique de la naturopathie;

e) des normes générales sur la pratique de la naturopathie;

f) des normes sur la consultation obligatoire et l'orientations obligatoires;

g) des programmes d'assurance de la qualité et de maintien des compétences relatifs à la pratique de la naturopathie;

h) toute question que le conseil de transition juge importante concernant la réglementation des naturopathes.

25. Que, sous réserve de l'approbation du lieutenant-gouverneur en conseil et de l'examen préalable du ministre, le conseil de l'Ordre des naturopathes et des homéopathes de l'Ontario soit autorisé à prendre des règlements :

    - prescrivant des qualifications minimales élevées concernant la pratique de l'homéopathie et de la naturopathie;

    - prescrivant et régissant les thérapies utilisées dans la pratique de l'homéopathie et de la naturopathie, et interdisant les autres thérapies;

    - établissant des titres réservés;

    - portant sur toute question relative à la profession et/ou à la pratique de l'homéopathie, et sur toute question relative à la profession et/ou à la pratique de la naturopathie.

26. Que la *Loi sur les praticiens ne prescrivant pas de médicaments* soit abrogée.

RÉGLEMENTATION DE LA KINÉSIOLOGIE

Question du ministre

Dans une lettre datée du 7 février 2005, le ministre a demandé l'avis du Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé (CCRPS) sur la question suivante :

> Les kinésiologues devraient-ils être réglementés en vertu de la *LPSR* (*Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*)? Quel devraient être leurs champs d'exercice, les actes autorisés qui devraient, le cas échéant, leur être reconnus, et tout titre réservé? De plus, est-il approprié de réglementer les kinésiologues en vertu d'une loi professionnelle existante[1]?

Au cours de sa réflexion, le CCRPS s'est penché sur deux autres questions :

> Quel rôle, le cas échéant, les kinésiologues jouent-ils dans la prestation des services de santé en Ontario?
> Les kinésiologues sont-ils représentatifs d'un virage vers un modèle de soins de santé fondé sur le mieux-être en Ontario?

Réponse du CCRPS

Après avoir examiné le travail exécuté par les kinésiologues en tant que fournisseurs de soins primaires dans la prévention et le traitement des affections musculo-squelettiques et dans la réadaptation, le CCRPS formule la recommandation principale suivante : que la kinésiologie soit réglementée en Ontario en vertu de la *LPSR*.

Au fil de son évolution, le système de soins de santé de l'Ontario a dû intégrer les concepts de mieux-être, de promotion de la santé et de prévention des maladies. Les kinésiologues jouent un rôle de plus en plus important dans le maintien de la population en santé, la réadaptation et l'évaluation des besoins des personnes atteintes de diverses affections. C'est à la lumière de ce contexte que le CCRPS a envisagé la réglementation de la kinésiologie.

1. Processus de consultation

Au début du processus de consultation, mené auprès de nombreux intervenants, le CCRPS a invité les particuliers, les praticiennes et praticiens en kinésiologie, les membres des professions de la santé réglementées et les associations professionnelles à lui présenter leurs soumissions. Il a reçu 34 soumissions écrites[2]. Le CCRPS a aussi tenu trois séances de discussion avec des employeurs de kinésiologues et des représentants

[1] Lettre de demande du ministre, février 2005, annexe A.
[2] Soumissions affichées dans le site Web du CCRPS, www.hprac.org.

des programmes universitaires de kinésiologie de l'Ontario. L'une a eu lieu à Toronto, et les deux autres, à London. De plus, le CCRPS a rencontré des intervenants clés, mené des analyses documentaires et examiné la situation dans d'autres territoires de compétence.

2. Contexte

2.1 Que font les kinésiologues?

En quelques mots, les kinésiologues étudient le mouvement du corps humain et appliquent des stratégies qui favorisent la santé et le mieux-être général de la population et qui aident à prévenir les blessures et les maladies[1].

Exemples de rôles joués par les kinésiologues dans la prestation des soins de santé :

- Fournisseurs de services de réadaptation en milieu hospitalier, en clinique ou en établissement privé. Les personnes exigeant des services de réadaptation musculo-squelettique, cardiologique et neurologique ainsi que les victimes d'accident de la route et d'accident du travail font partie des clients servis.

- Spécialistes de l'évaluation fonctionnelle ou de la réadaptation par l'exercice dans les établissements de soins de longue durée. Exemples de services offerts aux pensionnaires : évaluation de la capacité de transfert (capacité de sortir du lit et d'y aller), enseignement des bonnes méthodes de transfert ainsi que conception et application de programmes d'exercices.

- Ergonomes offrant des services au travail ou à domicile. Exemples de services : évaluation et analyse de cas individuels afin de réduire ou d'éliminer le risque d'accident du travail ou de promouvoir la réadaptation dans le milieu. Les particuliers, les travailleuses et travailleurs et leurs employeurs, ainsi que les compagnies d'assurance font partie des clients servis.

- Entraîneuses personnelles ou entraîneurs personnels et spécialistes de la réadaptation par l'exercice. Exemples de services : promotion de la santé et du mieux-être au moyen de l'exercice et de l'éducation, et conception de programmes d'exercices pour les clients. Ce rôle a pris de l'ampleur, et il comprend maintenant la conception de programmes pour les personnes atteintes d'affections chroniques plus complexes. Les particuliers, les entreprises et les cliniques de médecine sportive font partie des clients servis.

[1] Soumission de l'Ontario Kinesiology Association aux fins de réglementation en vertu de la LPSR, avril 2005.

2.2 Rôles des kinésiologues

Réadaptation cardiologique

Les fournisseurs de services et les thérapeutes en réadaptation cardiologique peuvent administrer des tests de stress cardiovasculaire, surveiller les fonctions du cœur à l'aide d'un électrocardiogramme (ECG), mesurer le rythme cardiaque et la tension artérielle, et évaluer la physiologie cardiopulmonaire. Le thérapeute en cardiologie crée des programmes d'exercices conçus pour restaurer et maintenir les fonctions cardiaques.

Assurance

Dans le secteur de l'assurance, les kinésiologues peuvent jouer les rôles suivants de façon autonome ou en équipe.

1. En tant qu'évaluatrices indépendantes ou évaluateurs indépendants, ils évaluent les installations à domicile, les besoins individuels en santé, l'ergonomie, les capacités fonctionnelles et les plans de soins à vie, ils analysent le coût futur des soins et ils évaluent et notent les invalidités. Les évaluations peuvent être menées au nom du demandeur ou de l'assureur.

2. En tant que fournisseurs de services thérapeutiques de réadaptation en clinique, à domicile ou en centre d'exercices, ils vérifient les fonctions à l'aide de tests, créent des plans et des programmes de traitements, proposent des programmes d'exercices thérapeutiques, de conditionnement au travail et de réentraînement à l'effort, précisent des modalités de traitements et offrent des services d'éducation.

3. En tant que gestionnaires, coordonnatrices ou coordonnateurs du retour au travail, ils élaborent des plans de retour progressif et adapté au travail qui tiennent compte des capacités fonctionnelles du demandeur par rapport aux exigences du travail. Ils coordonnent les parties intéressées et surveillent la mise en oeuvre du plan de retour au travail, et apportent les changements nécessaires pour assurer le bon déroulement du processus. Ils peuvent aussi offrir du mentorat pour permettre au client de maintenir une bonne mécanique corporelle et un bon rythme à son retour au travail.

4. En tant que responsables de cas, ils supervisent le dossier du demandeur afin d'assurer la coordination des traitements, des évaluations et du retour au travail. Ils font aussi la liaison entre les différents intervenants qui collaborent au règlement de la demande.

5. En tant qu'évaluatrices ou évaluateurs, ou estimatrices ou estimateurs, ils administrent les prestations des demandes et examinent et traitent la documentation pertinente au nom de l'assureur. Ils veillent au respect des règlements applicables et des modalités du contrat.

6. En tant que spécialistes de l'évaluation médico-légale, ils examinent les renseignements, les données et les rapports médicaux relatifs à

une demande de prestations, et ils informent l'assureur ou le demandeur sur l'effet des renseignements sur la demande.

Soins de longue durée

Dans le domaine des soins de longue durée, les kinésiologues fournissent habituellement des soins de rétablissement. Ce type de soins, qui forme un programme autorisé du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD), a pour objet de rétablir les fonctions physiques chez les pensionnaires des établissements de soins de longue durée, qui peuvent décliner rapidement après l'admission. Les programmes de soins de rétablissement peuvent être les suivants.

1. Programmes de marche. Les pensionnaires participent à un programme graduel de marche et sont invités à marcher pour vaquer à leurs activités quotidiennes plutôt que d'utiliser le fauteuil roulant.

2. Programmes d'exercices individuels. Le personnel chargé du rétablissement visite les pensionnaires et les aide à effectuer des exercices de raffermissement et d'amplitude des mouvements conçus pour accroître leur force, prévenir les contractures et améliorer la circulation dans les membres, qui autrement se ferait difficilement.

3. Programmes d'exercices de groupe. Le personnel chargé du rétablissement dirige des programmes d'exercices axés sur les éléments essentiels de la mobilité, soit la force, la souplesse et l'équilibre.

4. Programmes de rétablissement par l'alimentation. Le personnel chargé du rétablissement aide un petit groupe de pensionnaires à renforcer leurs capacités de s'alimenter de façon autonome. Il assure la liaison avec d'autres professionnels de la santé afin d'éliminer les obstacles à l'alimentation autonome en modifiant les ustensiles et la texture des aliments et en montrant des techniques de déglutition.

5. Physiothérapie. Le personnel chargé du rétablissement collabore avec la physiothérapeute ou le physiothérapeute de l'établissement à la mise en oeuvre d'un programme d'exercices individualisés.

Les kinésiologues peuvent jouer deux rôles dans les domaines décrits ci-dessus. Certains agissent comme directrices ou directeurs d'activités qui créent et supervisent des programmes de soins de rétablissement et d'exercices individualisés pour les pensionnaires. Ils doivent alors superviser le travail d'autres personnes pour s'assurer que les programmes répondent aux besoins sociaux, créatifs, émotionnels et physiques des pensionnaires. D'autres travaillent dans des établissements de soins de longue durée qui disposent de services distincts d'activités et de soins de rétablissement. Ils doivent alors remplir diverses fonctions relatives aux soins de rétablissement : évaluer les pensionnaires ainsi que créer et appliquer des plans et des programmes d'exercices individualisés.

Les établissements de soins de longue durée embauchent aussi des kinésiologues pour qu'ils enseignent au personnel, à titre de formation en

levage minimal, les bonnes techniques de levage et de transfert et l'utilisation sûre et convenable des dispositifs mécaniques de levage et de transfert.

Hôpitaux

En milieu hospitalier, les kinésiologues jouent les rôles suivants.

1. En tant que gestionnaires, coordonnatrices ou coordonnateurs de la santé et de la sécurité, ils élaborent et mettent en oeuvre des initiatives de santé et de sécurité, comme des programmes de formation et d'éducation, des politiques et des procédures pour le personnel de l'hôpital. Ils effectuent aussi des analyses des exigences physiques et des évaluations ergonomiques et ils créent des programmes de retour au travail à l'intention du personnel.

2. En tant que membres du personnel de l'hôpital, ils peuvent être responsables d'exécuter des programmes d'exercices conçus pour favoriser le mieux-être, la sécurité et la santé générale du personnel.

3. En tant que membres d'équipes spécialisées, comme les équipes de surveillance neurochirurgicale et cardiologique, ils surveillent et évaluent les données produites par des instruments de mesure afin d'assurer la sécurité et le mieux-être des patients (exemples : électrocardiographie [ECG] et électromyographie [EMG]).

4. En tant que fournisseurs de services de réadaptation, ils créent des programmes d'exercices thérapeutiques pour les patients recevant des traitements postopératoires et les patients atteints de diverses affections.

Soins de santé communautaire

Dans le domaine des soins communautaires, les kinésiologues agissent comme fournisseurs de services de réadaptation, physiologistes de l'exercice ou entraîneuses ou entraîneurs offrant des programmes d'activités et d'exercices à des clients atteints de troubles métaboliques ou orthopédiques et d'autres affections contre lesquelles l'activité physique est bénéfique, par exemple : diabète, maladies du cœur, arthrose, cancer et obésité. Ils peuvent travailler seuls ou en équipe.

2.3 Études et formation

Treize universités ontariennes offrent un programme de kinésiologie. Quelque 7 000 étudiantes et étudiants y sont inscrits. Au Canada, la plupart des programmes universitaires de kinésiologie sont accrédités par le Conseil canadien des administrateurs universitaires en éducation physique et kinésiologie (CCAUEPK). Le processus d'accréditation établit des normes minimales et garantit que les programmes respectent des critères de qualité de base et qu'ils sont aptes à transmettre des connaissances spécialisées et des habiletés pratiques. En moyenne, 2 000 diplômées et diplômés entrent dans le marché du travail chaque année.

Les programmes varient d'une université à l'autre, mais ils exigent généralement de suivre un cheminement axé sur la biomécanique, l'anatomie, la physiologie et le comportement psychomoteur.

- La biomécanique est la science qui décrit et prévoit les conditions du repos et du mouvement dans les systèmes biologiques soumis à des forces diverses. Elle exige de connaître un certain nombre de principes et de lois scientifiques, notamment en matière d'analyse mécanique, de cinématique et de physique du mouvement humain (applications cliniques et sportives). À la fin du programme, les diplômées et les diplômés peuvent se servir des principes de la biomécanique pour comprendre et analyser les causes du mouvement et ses effets sur le corps.

- La physiologie est la science qui étudie en profondeur les réponses physiologiques de l'humain à des exercices et à un conditionnement physique intensifs. Le programme d'études met particulièrement l'accent sur le métabolisme aérobique et anaérobique (travail, énergie, puissance et taux métabolique), les fonctions cardiorespiratoires (processus au niveau des cellules et des organes), les types et la fréquence des exercices, l'influence de divers facteurs environnementaux et les effets de la croissance, du vieillissement, des facteurs héréditaires, de l'état nutritionnel et des maladies sur la réponse aux exercices et les adaptations qui permettent d'acquérir une bonne connaissance des changements pouvant survenir dans les affections aiguës et chroniques. Les praticiennes et les praticiens appliquent ces connaissances à des groupes divers, qui vont des personnes inactives aux athlètes d'élite.

- L'anatomie humaine est la science qui étudie en profondeur les structures anatomiques par rapport aux fonctions du corps, dont l'appareil cardiovasculaire, le système nerveux, la musculature et le squelette.

- Le comportement psychomoteur et l'apprentissage moteur concernent le traitement cognitif de l'information et les principes de l'apprentissage et du contrôle moteurs relatifs aux mouvements normaux et anormaux du corps humain. Les études sur le contrôle moteur éclairent les voies neurales utilisées dans la réalisation du mouvement et la sensation du mouvement. Le contrôle neural concerne l'étude de la kinesthésie, du réflexe spinal, de la neuroanatomie, des considérations anatomiques, des voies neurales, de la démarche, de l'équilibre (système vestibulaire), de l'exécution volontaire et involontaire et de l'interprétation du mouvement.

Certaines des personnes consultées croient qu'il y a trop de différences entre les programmes de kinésiologie offerts. D'autres craignent que ces programmes ne préparent pas les praticiennes et les praticiens à travailler auprès de patients malades, blessés ou affaiblis parce qu'ils ne mettent pas suffisamment l'accent sur la pathologie. Le fait que les programmes n'offrent pas tous des stages cliniques ou de l'expérience pratique suscite aussi des interrogations.

2.4 Ontario Kinesiology Association

L'Ontario Kinesiology Association (OKA) représente la profession de kinésiologue en Ontario depuis 23 ans. En 2003, l'OKA s'est dotée de deux divisions : l'Ontario Kinesiology Authority, qui régit la profession sur une base volontaire, et l'Ontario Kinesiology Society, qui veille à l'avancement de la profession.

Le bras régulateur de l'OKA accorde l'agrément aux personnes qui répondent à des normes professionnelles élevées. Les kinésiologues agréés (CK) doivent avoir terminé un programme spécialisé de kinésiologie de premier cycle et d'une durée de quatre ans, au cours duquel ils ont acquis des compétences essentielles en biomécanique, en physiologie, en anatomie humaine, en comportement psychomoteur et en apprentissage et contrôle moteurs. Une fois agréés, les membres doivent garder leurs connaissances à jour en participant au programme de formation continue de l'OKA, et adhérer à un code de déontologie. L'entité régulatrice traite également les plaintes du public. La profession observe un degré de conformité élevé, mais l'adhésion à l'OKA demeure volontaire, et celle-ci ne dispose pas de l'autorité légale nécessaire pour appliquer des règles de discipline et pour voir à ce que ses membres respectent leurs obligations en matière d'assurance de la qualité.

L'autre division de l'OKA fait la promotion de la profession, fournit divers services aux membres et assure la liaison avec d'autres organisations appartenant aux secteurs public et privé et au milieu universitaire. L'OKA a reçu de la profession le mandat de se faire réglementer, de préférence en vertu de la *LPSR*.

3. Facteurs soutenant la recommandation du CCRPS

3.1 Risque de préjudice

Certaines des soumissions reçues ont signalé des risques de préjudice possibles. L'évaluation incorrecte des capacités fonctionnelles d'une personne risque notamment de donner lieu à un programme d'exercices ou de réadaptation pouvant causer des blessures au client ou même son décès, ou encore mettre en péril ou retarder son rétablissement.

De la même façon, les tests de conditionnement et de santé physiques, la mesure maximale des fonctions cardiopulmonaires ainsi que les tests de force et d'endurance peuvent causer des blessures ou le décès si la kinésiologue ou le kinésiologue ne remarque pas les signes révélant que le client a atteint ses limites.

Le risque de préjudice indirect, comme les manquements au devoir de confidentialité, a aussi été signalé.

Les opposants à la réglementation contestent le risque de préjudice. Ils font valoir que les kinésiologues travaillent surtout avec des clients en santé dans les domaines de la forme physique et du mieux-être, où les risques sont minimaux. Ils ajoutent que, même dans le cas de personnes

malades, les kinésiologues font partie d'équipes pluridisciplinaires supervisées par des professionnels réglementés. Le risque de préjudice direct serait ainsi réduit.

Cependant, compte tenu du nombre de kinésiologues en pratique privée et du fait que la profession traite maintenant des cas plus complexes, le CCRPS est d'avis que les éléments de preuve suffisent à étayer l'existence d'un risque de préjudice important dans la pratique de la profession. La réglementation des kinésiologues est donc justifiée.

3.2 Supervision

Dans les cas où la kinésiologue ou le kinésiologue travaille comme entrepreneur indépendant, la supervision est souvent réduite. La surveillance des compétences de la praticienne ou du praticien et du respect des normes de soins est donc minimale, si même elle existe. Le problème se pose moins lorsque l'employeur est un fournisseur de soins de santé (hôpital, établissement de soins de longue durée ou clinique de réadaptation). Dans ce cas, les kinésiologues font souvent partie d'équipes supervisées par d'autres professionnels réglementés.

Il reste toutefois que la majorité des membres de l'OKA travaillent de façon indépendante, sans suivi de leur rendement. Ce manque important de supervision fait pencher la balance en faveur de la réglementation.

3.3 Volonté des kinésiologues d'être réglementés

À la suite de la requête du ministre, l'OKA a répondu à un long questionnaire du CCRPS en présentant une demande officielle de réglementation. Elle propose que la kinésiologie soit réglementée comme profession de la santé en vertu de la *LPSR* et qu'elle soit assujettie à une loi professionnelle spécifique la distinguant de toute autre profession de santé réglementée.

Dans sa soumission, l'OKA atteste que ses membres :
- sont en faveur de la réglementation;
- acceptent les coûts de la réglementation;
- soutiennent la reconnaissance de l'OKA comme association principale chargée de représenter la profession.

La profession s'exprime depuis un bon moment d'une seule voix et se dit prête à accepter les conditions de la réglementation.

3.4 Intérêt public

La division de l'OKA en deux entités, l'une s'occupant de réglementation et l'autre, de défense des intérêts, montre que la profession est prête à être réglementée et qu'elle a pris un engagement ferme à l'égard de l'intérêt public. En raison de cette division, les membres de l'OKA connaissent bien la plupart des exigences que présente l'autoréglementation professionnelle. En effet, ils observent un processus de discipline et de traitement des plaintes, des directives d'établissement de normes de pratique et des exigences en formation continue, et ils s'acquittent des coûts connexes.

L'OKA démontre qu'elle comprend l'importance première de protéger l'intérêt public lorsqu'elle déclare que la réglementation améliorerait la qualité des soins et la compétence continue des kinésiologues, protégerait le public et les employeurs de kinésiologues contre les personnes non qualifiées, établirait clairement l'ordre professionnel comme seul organisme d'inscription autorisé, diversifierait l'éventail de professionnels de la santé et offrirait une possibilité de recours au public en cas de prejudice causé par une kinésiologue ou un kinésiologue.

3.5 Renforcement des capacités

Les tendances démographiques révèlent que le besoin de faire appel à des kinésiologues pour mener des évaluations ergonomiques augmentera à mesure que de nouvelles personnes choisiront des domaines qui fournissent des soins quotidiens aux aînés. De même, le vieillissement de la population se traduira par une plus grande demande de spécialistes de l'évaluation fonctionnelle et de la réadaptation par l'exercice. En outre, les besoins en services de kinésiologie devraient augmenter à mesure que s'accroîtra la participation de la profession au traitement des malades chroniques. La réglementation des kinésiologues est un moyen d'attirer de nouvelles personnes à la profession et de renforcer les capacités et les compétences de celles qui pratiquent déjà.

3.6 Sécurité au travail

En 2005, le ministère du Travail a lancé la campagne Travailler sans douleur, une initiative pluriannuelle qui vise à réduire le nombre de blessures dues à un manque d'ergonomie au travail (surtout les troubles musculo-squelettiques). Le comité consultatif sur l'ergonomie du ministère a présenté récemment un rapport de recommandations à ce sujet. Il s'agit notamment d'augmenter le nombre d'ergonomes qualifiés en Ontario. L'initiative du ministère du Travail entraînera l'embauche de nouveaux kinésiologues, qui effectueront des évaluations ergonomiques et qui contribueront aux mesures de promotion de la santé et de prévention des blessures.

L'application des principes ergonomiques au travail n'est pas seulement l'affaire des secteurs manufacturier, industriel ou minier ou de la construction. Elle est tout aussi importante en santé (par exemple, dans les établissements de soins de longue durée), domaine où il faut souvent effectuer des mouvements répétitifs, énergiques ou malaisés qui mettent à rude épreuve les os, les articulations, les ligaments et d'autres tissus mous, et qui entraînent fréquemment des absences résultant de blessures, ce qui a un effet sur la sécurité au travail et les frais d'assurance.

Il est généralement admis que les kinésiologues contribuent à la santé et à la sécurité au travail.

3.7 Promotion de la santé et prévention

Les kinésiologues, qui étaient auparavant associés au domaine sportif, jouent maintenant un rôle prépondérant dans la promotion de la santé auprès des travailleurs et du grand public et dans la prestation de

services de santé à divers patients, clients et groupes à risque. L'Ontario a aujourd'hui une perspective plus proactive que réactive par rapport à la maladie. C'est dans ce contexte que les kinésiologues pourraient être amenés à contribuer de façon importante à la santé et au mieux-être.

3.8 Consommateurs

Il a été impossible pour le CCRPS de tenir un vaste sondage d'opinion publique sur la réglementation des kinésiologues ou d'établir clairement l'existence de plaintes de consommateurs à l'encontre de kinésiologues. Il ne dispose pas, non plus, d'éléments de preuve indiquant que le public souhaite la réglementation de la profession. C'est peut-être que les consommateurs n'ont pas conscience des occasions où ils ont reçu des services de kinésiologie. Le CCRPS considère tout de même la kinésiologie comme une profession de la santé en croissance qui sera appelée à traiter des cas de plus en plus complexes. Pour cette raison, la réglementation protégerait le public et rendrait les kinésiologues plus responsables devant les patients et les clients.

La même constatation s'applique au risque de préjudice indirect. Par exemple, les manquements au devoir de confidentialité ou l'exploitation économique, dans les cas où des kinésiologues en pratique privée facturent des honoraires à l'acte à leurs clients, peuvent constituer des fautes professionnelles dans un contexte réglementé. L'établissement de normes de pratique professionnelles protégerait les consommateurs contre les frais frauduleux et la prestation de services superflus et offrirait aux consommateurs lésés un recours sous forme de processus de plainte.

4. Résumé des arguments en faveur de la réglementation

Comme principale recommandation, le CCRPS préconise la réglementation de la kinésiologie en Ontario en vertu de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées (LPSR)*. Il en est arrivé à cette conclusion après avoir :

- examiné le travail de plus en plus important que les kinésiologues accomplissent en tant que fournisseurs de soins primaires dans la prévention et le traitement des affections musculo-squelettiques et la réadaptation des patients;
- pris connaissance des points de vue éclairés de nombreux intervenants.

Le CCRPS est d'avis que le recours à des praticiennes et à des praticiens non formés ou non qualifiés, que ce soit pour le travail en pratique privée ou pour le traitement de groupes vulnérables en milieu hospitalier ou communautaire ou en établissement de soins de longue durée, présente des risques importants. La réglementation au titre de la *LPSR* offre donc de nombreux avantages pour le public, par exemple, l'établissement d'exigences en matière de titres de compétence et de capacités professionnelles et l'application de normes de conduite et de pratique.

Le CCRPS remarque particulièrement que l'OKA porte, depuis longtemps, une grande attention à ses activités professionnelles. Elle s'est notamment divisée en deux entités distinctes, et montre ainsi qu'elle se soucie plus de l'intérêt public que de la simple défense des intérêts de la profession.

Le CCRPS voit dans cette attitude une volonté réelle d'être réglementé, et un engagement des kinésiologues à l'égard de l'intérêt public.

5. Formes de réglementation possibles

5.1 Création d'un nouvel Ordre des kinésiologues

Étant donné que la réglementation antérieure de deux professions connexes en vertu de la *LPSR* a donné des résultats positifs, le CCRPS a envisagé la possibilité de réglementer la kinésiologie en tant que profession liée à l'une de celles qui sont actuellement assujetties à la *LPSR*, entre autres, la physiothérapie et la chiropratique.

Pour que cette solution fonctionne, il doit y avoir un lien évident entre les deux professions, c'est-à-dire que les normes de pratique, les titres de compétence requis pour pratiquer et les exigences en matière de formation continue doivent être compatibles et collaboratives.

Or, même si certains membres de l'Ordre des chiropraticiens de l'Ontario pratiquent la kinésiologie dans une certaine mesure, les champs d'exercice des deux professions présentent deux grandes différences : les chiropraticiennes et les chiropraticiens sont qualifiés pour diagnostiquer des affections et pour procéder à des corrections et à des manipulations au cours du traitement, tandis que les kinésiologues sont qualifiés pour évaluer le mouvement, mais ils ne peuvent établir de diagnostics ni procéder à des corrections et à des manipulations au cours de la prévention ou du traitement.

On relève aussi des différences entre les champs d'exercice des physiothérapeutes et des kinésiologues. Les physiothérapeutes sont autorisés à poser les deux actes suivants : 1) déplacer les articulations de la colonne vertébrale au delà de l'amplitude du mouvement physiologique normale de la personne en exerçant une poussée rapide et de faible amplitude; et 2) procéder à une aspiration trachéale. Aucun de ces actes ne fait partie de la pratique de la kinésiologie ou de la formation en kinésiologie. En outre, peu de kinésiologues emploient les diverses formes d'agents électrophysiques (comme la cryothérapie, la thermothérapie et l'électrothérapie) que comprennent les modalités thérapeutiques utilisées en physiothérapie; ceux qui y ont recours doivent avoir suivi une formation de niveau supérieur et respecter les normes de compétence établies.

Compte tenu des différences importantes dans les modalités de traitement, le CCRPS conclut que le meilleur moyen de réglementer la kinésiologie en vertu de la *LPSR* consiste à former un ordre professionnel distinct appelé Ordre des kinésiologues de l'Ontario (College of Kinesiologists of Ontario), dont le mandat sera d'élaborer, de mettre en oeuvre et d'appliquer les exigences relatives aux titres de compétence requis, les normes de pratique et les programmes d'assurance de la qualité propres à la kinésiologie.

5.2 Champ d'exercice

Le CCRPS recommande que le champ d'exercice des kinésiologues soit le suivant :

> application de principes scientifiques afin d'améliorer la force, l'endurance et la mobilité de personnes ayant une limitation fonctionnelle ou non, et exécution de tests, d'évaluations et de mesures musculo-squelettiques, neurologiques, biomécaniques, physiologiques, psychologiques et relatives à une tâche particulière.

5.3 Titre réservé

Le CCRPS recommande que le titre de « kinésiologue » soit réservé aux membres de l'Ordre des kinésiologues.

5.4 Actes autorisés

Dans sa soumission au CCRPS, l'OKA a expliqué que les kinésiologues ne font pas de diagnostics; ils formulent plutôt des impressions cliniques fondées sur les données objectives qu'ils obtiennent concernant la fonction et son application relative à l'activité. Les kinésiologues utilisent aussi du matériel et des outils de diagnostic qui permettent d'obtenir des données sur les capacités physiques, comme des moniteurs de fréquence cardiaque, des appareils de mesure de la concentration de l'oxygène entrant et sortant, des électrocardiogrammes, des oscillomètres, des vibromètres et des instruments de mesure de la tension artérielle.

Le CCRPS soutient la recommandation de l'OKA selon laquelle aucun acte n'a besoin d'être autorisé à cette profession.

5.5 Composition du conseil

Une analyse comparative d'ordres professionnels de taille semblable amène le CCRPS à recommander que le conseil de l'Ordre des kinésiologues soit composé de sept à neuf membres élus conformément aux règlements de l'Ordre; de ce nombre, de cinq à sept seront nommés par le lieutenant-gouverneur en conseil, et un devra provenir d'une faculté responsable d'un programme universitaire ontarien de kinésiologie.

6. Transition à la réglementation

Au cours de son examen, le CCRPS a cerné un certain nombre de questions qu'il faudra régler pendant la période de transition à la réglementation. Il recommande donc de former un conseil de transition qui sera chargé de certaines tâches.

6.1 Conseil de transition

Avant que l'Ordre des kinésiologues soit pleinement fonctionnel, le conseil de transition devra prendre les mesures qui s'imposent pour appliquer des normes de qualité uniformes aux programmes d'études, établir les titres de compétence requis pour pratiquer et mettre en oeuvre un

processus d'examen. Le conseil de transition sera aussi responsable d'instaurer un processus rigoureux d'assurance de la qualité des soins prodigués aux clients.

De façon plus précise, le conseil de transition aura les tâches suivantes.

1. Constituer un registre des personnes qui pratiquent la kinésiologie, y compris les renseignements suivants :
   i. renseignements généraux tels que le nom, la date de naissance, l'adresse professionnelle, les numéros de téléphone et de télécopieur et l'adresse de courriel;
   ii. les titres de compétence et les capacités;
   iii. les études et la formation suivies;
   iv. la nature de la pratique.

2. Établir les critères relatifs à la mise sur pied d'un baccalauréat de kinésiologie en Ontario, y compris ceux concernant les compétences essentielles, l'expérience clinique et l'examen de qualification.
   Il convient aussi de définir la formation clinique élargie et les possibilités de placement en clinique que doivent offrir les programmes d'éducation destinés aux étudiantes et aux étudiants de kinésiologie qui souhaitent travailler en santé, fournir des soins aux patients et diriger la prestation des soins.

3. Établir les critères relatifs à l'inscription des kinésiologues en Ontario, y compris :
   i. un programme d'évaluation des acquis préalable à l'inscription pour les personnes qui pratiquent actuellement la kinésiologie;
   ii. un programme de qualification et d'éducation compensatoire préalable à l'inscription pour les personnes qui pratiquent actuellement la kinésiologie;
   iii. un processus initial d'inscription pour les personnes admissibles à l'inscription.

4. Élaborer des normes de pratique pour chaque domaine d'exercice.

5. Établir des normes relatives à la consultation obligatoire, à l'orientation et au transfert des soins.

6. Mettre en place un processus de discipline et de traitement des plaintes.

7. Établir des processus relatifs à l'élection du conseil.

8. Superviser l'élection du conseil.

Ces responsabilités peuvent être définies pour le conseil de transition dans un décret nommant le conseil de l'Ordre des kinésiologues.

6.2 Membres du conseil de transition

Après avoir examiné la question, le CCRPS recommande que le conseil de transition soit composé de cinq à sept membres professionnels et de trois à cinq membres du public.

Les membres professionnels devraient comprendre des représentantes et des représentants désignés à la fois par l'OKA et par la Société canadienne de physiologie de l'exercice. On parviendra ainsi à un juste équilibre entre la défense de l'intérêt public et le maintien des connaissances professionnelles nécessaires à l'élaboration de normes de pratique et à l'établissement des titres de compétence requis. Par ailleurs, le conseil de transition devrait avoir le pouvoir de nommer un registrateur chargé directement des activités d'inscription. Le CCRPS estime que le conseil de transition peut achever son travail dans un délai de deux ans, après quoi le conseil de l'Ordre des kinésiologues pourra entrer en fonction. Enfin, le conseil de transition pourrait former des sous-comités responsables d'examiner les questions relatives à l'établissement de l'Ordre des kinésiologues et de son conseil, et de fournir des conseils à cet égard.

7. Recommandations

Le CCRPS présente les recommandations suivantes au ministre.

1. Que les kinésiologues soient réglementés en vertu de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*.

2. Qu'un Ordre des kinésiologues de l'Ontario (College of Kinesiologists of Ontario) soit formé.

3. Que le champ d'exercice des kinésiologues soit le suivant :
   application de principes scientifiques afin d'améliorer la force, l'endurance et la mobilité de personnes ayant une limitation fonctionnelle ou non, et exécution de tests, d'évaluations et de mesures musculo-squelettiques, neurologiques, biomécaniques, physiologiques, psychologiques et relatives à une tâche particulière.

4. Que le conseil de l'Ordre des kinésiologues soit composé de sept à neuf membres élus conformément aux règlements de l'Ordre; de ce nombre, de cinq à sept seront nommés par le lieutenant-gouverneur en conseil, et un devra provenir d'une faculté responsable d'un programme universitaire ontarien de kinésiologie.

5. Que le conseil élise annuellement une présidente ou un président ainsi qu'une vice-présidente ou un vice-président parmi ses membres.

6. Que chaque membre qui pratique et réside en Ontario et qui s'acquitte à temps de ses cotisations annuelles soit autorisé à participer à l'élection du conseil.

7. Que l'utilisation du titre « kinésiologue » soit réservé aux membres de l'Ordre.

8. Que toute personne n'étant pas membre de l'Ordre ne puisse affirmer détenir le titre de kinésiologue.

9. Que le lieutenant-gouverneur en conseil, sur recommandation du ministre, nomme pour une durée de deux ans un conseil de transition et une présidente ou un président.

10. Que le conseil de transition soit composé de cinq à sept personnes représentant l'Ontario Kinesiology Association et la Société canadienne de physiologie de l'exercice, et de trois à cinq personnes qui ne sont pas membres de ces associations ou d'un ordre professionnel réglementé en vertu de la *LPSR*.

11. Que le conseil de transition, ses membres et ses comités aient le pouvoir de prendre toute mesure jugée nécessaire ou avisée en attendant l'établissement du conseil de l'Ordre des kinésiologues.

12. Que le conseil de transition ait le pouvoir de nommer un registrateur, et que le registrateur et les comités du conseil aient le pouvoir d'accepter et de traiter les demandes de certificat d'inscription, de facturer des droits de demande et d'émettre les certificats d'inscription.

13. Que le ministre demande au conseil de transition d'exécuter certaines tâches, dont les suivantes :

    i. examiner et déterminer les titres de compétence et les capacités que doivent posséder les personnes qui affirment détenir le titre de kinésiologue en Ontario, y compris les exigences en matière d'études et de formation;

    ii. examiner et déterminer la nature de la pratique exercée par les personnes qui affirment détenir le titre de kinésiologue en Ontario;

    iii. reconnaître, préciser et nommer les domaines d'exercice relevant du champ de pratique générale exercée par les personnes qui affirment détenir le titre de kinésiologue en Ontario;

    iv établir les critères relatifs à la mise sur pied d'un baccalauréat de kinésiologie en Ontario, y compris ceux concernant les compétences essentielles et l'examen de qualification;

    v. établir les critères relatifs à l'inscription des kinésiologues en Ontario;

    vi. établir un programme d'évaluation des acquis préalable à l'inscription pour les personnes qui affirment détenir le titre de kinésiologue;

    vii. établir un programme de qualification et d'éducation compensatoire préalable à l'inscription pour les personnes qui affirment détenir le titre de kinésiologue;

    viii. élaborer des normes de pratique pour chaque domaine d'exercice;

    ix. établir des normes relatives à la consultation obligatoire, à l'orientation et au transfert des soins;

    x. établir des processus relatifs à l'élection du conseil et superviser l'élection du premier conseil.

RÉGLEMENTATION DE LA PSYCHOTHÉRAPIE

Question du ministre

Dans une lettre datée de février 2005[1], l'honorable George Smitherman, ministre de la Santé et des Soins de longue durée, a demandé l'avis du Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé (CCRPS) sur ce qui suit :

> D'une part, la psychothérapie devrait-elle venir s'ajouter aux actes autorisés aux termes de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées (LPSR)*? Le cas échéant, quelles professions réglementées devraient inclure la psychothérapie dans leur champ d'exercice et comment les normes devraient-elles être établies et mesurées?
>
> D'autre part, les psychothérapeutes devraient-ils être réglementés aux termes de la *LPSR* en tant que profession? Quel devrait être leur champ d'exercice et quels sont les actes autorisés qui devraient leur être reconnus ainsi que tout titre réservé? De plus, est-il approprié de réglementer les psychothérapeutes en vertu d'une loi professionnelle existante?

Réponse du CCRPS

Le CCRPS répond essentiellement ceci : les psychothérapeutes et la psychothérapie devraient être réglementés en Ontario aux termes de la *LPSR* dans le cadre d'une nouvelle loi professionnelle, la *Loi sur les psychothérapeutes*, qui prévoirait un champ d'exercice légal et un titre réservé; les ordres réglementant actuellement des professionnels de la santé qui exercent la psychothérapie devraient élaborer des normes d'exercice comparables pour leurs membres.

1. Historique de la demande du ministre

Ce n'est pas la première fois que la psychothérapie est soumise à un examen. En 2001, le CCRPS a soulevé cette question dans son rapport intitulé *Rectifier l'équilibre : Étude de la Loi sur les professions de la santé réglementées*, notant que plusieurs intervenants avaient recommandé que les psychothérapeutes soient réglementés et que la psychothérapie devienne un acte autorisé aux termes de la *LPSR*.

À l'époque, le CCRPS avait conclu que « la réglementation des psychothérapeutes ou l'ajout de la psychothérapie aux actes autorisés, voire les deux, devrait faire l'objet d'un examen plus attentif à la lumière de la nature et de la gravité des risques de préjudice affectif associés à cette forme de traitement… [et recommandé que le ministre] invite les groupes de psychothérapeutes

[1] Lettre de demande du ministre, février 2005, annexe A

appropriés [à demander] la possibilité de modifier la *LPSR* par l'ajout aux actes autorisés de la psychothérapie. » Le ministre, pour gagner du temps, a choisi de confier la question au CCRPS directement, sans attendre qu'un organisme parrain en fasse la demande.

2. Processus de consultation

En réponse à la demande du ministre, le CCRPS a entamé un processus de consultation en plusieurs étapes afin de recueillir l'opinion de personnes et d'organismes intéressés et afin d'examiner les questions liées à l'éventuelle réglementation de la psychothérapie. Au cours de son examen, le CCRPS a préparé et distribué des documents d'information, notamment une étude de la situation dans différents territoires de compétence, des renseignements tirés de la jurisprudence, ainsi qu'un questionnaire détaillé. Il a tenu des ateliers de deux jours avec des représentants de 20 groupes d'intervenants pour discuter d'affaires découlant des questions posées par le ministre et pour aider à l'élaboration d'un document de travail. Celui-ci a été diffusé à grande échelle et le CCRPS a tenu huit consultations publiques dans sept villes de l'Ontario. En novembre 2005, le CCRPS avait déjà entendu 66 exposés présentés par un vaste éventail de parties intéressées et reçu plus d'une centaine d'observations écrites, toutes analysées et prises en considération dans la formulation des recommandations. Ces activités ont été complétées par de multiples entretiens qui ont permis de fournir quelques éclaircissements sur des questions particulières, ainsi que par de la documentation, une étude de la situation dans différents territoires de compétence et des renseignements tirés de la jurisprudence.

3. Contexte

3.1 La situation actuelle en Ontario

Le cadre de réglementation actuellement en vigueur en Ontario permet à n'importe qui de se présenter comme étant psychothérapeute ou d'utiliser le titre de « psychothérapeute » sans égard aux titres de compétence, à la formation, à l'éducation ou à l'expérience que l'on possède ou que l'on ne possède pas. De même, la psychothérapie n'étant pas un acte autorisé, elle peut être exercée par toute personne en Ontario, sans égard à l'éducation, à la formation ou à l'expérience.

Bien que les membres des professions actuellement réglementées qui exercent la psychothérapie puissent faire l'objet d'une mesure de réglementation s'ils n'observent pas les normes appropriées dans le traitement qu'ils dispensent aux patients ou aux clients, il existe pour eux très peu de normes ou d'exigences concernant spécifiquement l'exercice de la psychothérapie.

Les personnes qui dispensent des services de psychothérapie en Ontario se répartissent en cinq catégories :

1. les professionnels réglementés (psychologues, travailleuses sociales et travailleurs sociaux, médecins, psychiatres, infirmières et infirmiers, etc.);

2. les praticiens possédant la formation et les qualifications requises et volontairement affiliés à des associations professionnelles qui ne sont pas régies par la loi et qui exercent des fonctions d'autoréglementation;

3. les praticiens qui possèdent la formation et les qualifications requises et qui ne sont affiliés à aucun organisme professionnel;

4. les praticiens sans formation ni titres de compétence qui ne sont affiliés à aucun organisme professionnel;

5. les personnes qui dispensent des services de psychothérapie mais qui sont dispensées ou exclues de la réglementation en vertu des articles 29, 30 et 35 de la *LPSR* (conseillères et conseillers spirituels ou autres, guérisseuses et guérisseurs autochtones).

3.2 Qu'est-ce que la psychothérapie?

Formes de psychothérapie[1]

	Individuelle	De groupe	Familiale
Psychodynamique	• Psychanalyse • Thérapie focale • Psychothérapie psychodynamique	• Thérapie introspective de groupe hétérogène	• Thérapie introspective conjugale/familiale
Cognitiviste	• Traitement cognitif de la dépression • Thérapie rationnelle-émotive	• Traitement en groupe de l'agoraphobie • Groupes d'initiation à l'affirmation de soi	• Thérapie comportementale conjugale/familiale
Stratégique/ Systémique	« Uncommon Therapy »	• La plupart des thérapies de groupe hétérogène	• Thérapie structurale familiale • Thérapie stratégique familiale • Thérapie paradoxale familiale
Expérientielle	• Thérapie axée sur le client • Thérapie existentielle	• Gestalt • Psychodrame • La plupart des thérapies de groupe hétérogène	• Thérapie expérientielle familiale

Pendant plus d'un siècle, la psychothérapie a été la principale méthode de traitement pour de nombreuses personnes souffrant de problèmes de santé mentale et un élément important du réseau de services de santé

[1] J. F. Clarkin, A. J. Frances et S. W. Perry (1995), « The Psychosocial Treatments », dans *Psychiatry* de R. Michels (président, comité de rédaction), Philadelphie : Lippincott.

mentale de l'Ontario. La publication intitulée *Standards and Guidelines for the Psychotherapies*[1] résume les quatre orientations psychothérapeutiques de base : psychodynamique, cognitiviste, stratégique/systémique et expérientielle. Chacune de ces orientations comporte différentes méthodes que le praticien ou la praticienne peut employer dans le traitement d'un patient.

Souvent, la psychothérapie est caractérisée par une intense relation client-thérapeute qui aboutit à l'examen d'expériences profondément émotionnelles, de modèles de comportement destructeurs et de graves problèmes de santé mentale.

L'exercice de la psychothérapie se distingue de la consultation – qui consiste à fournir des renseignements, des conseils, des encouragements et des instructions – et de la consultation spirituelle – liée à des croyances religieuses ou basées sur la foi.

3.3 Mode de prestation des services de psychothérapie

À différentes étapes de leur vie, les Ontariennes et les Ontariens peuvent recevoir des services de psychothérapie dans un établissement de santé, par exemple un hôpital, une clinique ou un centre de santé mentale, ou dans le cadre d'une thérapie individuelle, familiale ou de groupe offerte par une praticienne ou un praticien dans un bureau, à domicile ou dans un cadre résidentiel.

On estime à plus de 4 000 le nombre de psychothérapeutes qui exercent aujourd'hui en Ontario[2]. Certains sont les traditionnels professionnels de la santé réglementés tels que psychologues et psychiatres. D'autres possèdent une formation universitaire de deuxième cycle ou une formation spécialisée dans des approches thérapeutiques particulières.

Les coûts liés au traitement des problèmes de santé mentale en Ontario sont évalués à plus de deux milliards de dollars annuellement[3].

3.4 Protection associée à la réglementation

La *LPSR* comporte quatre objectifs stratégiques solidaires autour desquels s'articule la question de la réglementation : la protection du public, la qualité des soins, l'accès aux services et la responsabilité. Ces objectifs sont pris en charge par des mécanismes enchâssés dans la *LPSR*. La psychothérapie est exercée en Ontario sans l'avantage que procure une réglementation législative. Ainsi, toute personne avec ou sans qualifications peut se prétendre psychothérapeute et exercer la psychothérapie.

Aux termes de la *LPSR* actuelle, aucun acte autorisé n'est reconnu spécifiquement aux psychothérapeutes en Ontario et seules les lésions

---

[1] *Standards and Guidelines for the Psychotherapies*, publié sous la direction de P. Cameron, J. Ennis et J. Deadman, University of Toronto Press, 1998.

[2] Ces chiffres peuvent inclure des conseillers et des personnes fournissant une « thérapie » fondée sur une théorie indéterminée.

[3] *Coûts sélectionnés, Troubles mentaux, Tous les âges, Les deux sexes, Ontario, 1998*, Agence de santé publique du Canada, Fardeau Économique de la Maladie – En Ligne. Le chiffre cité n'inclut pas les coûts associés aux fournisseurs qui ne sont pas médecins.

corporelles pouvant être causées à un patient ou à un client sont reconnues. Bien qu'il existe une véritable responsabilité pour les professionnels réglementés, notamment les travailleuses sociales et les travailleurs sociaux, les professionnels non réglementés n'ont pas l'obligation d'observer des normes en ce qui concerne les études et la qualification, le maintien des compétences, le traitement des plaintes et le processus disciplinaire, ainsi que l'exercice de leur profession. De plus, les professionnels réglementés peuvent exercer la psychothérapie sans satisfaire obligatoirement à un niveau d'études ou à des normes propres à la psychothérapie.

3.5 Études et formation

À l'heure actuelle, la formation à la profession de psychothérapeute se présente sous diverses formes et elle est rarement ou jamais harmonisée ou normalisée. Ce phénomène peut s'expliquer par la présence de nombreuses écoles de pensée au sein du vaste domaine qu'est la psychothérapie ainsi que par les antécédents professionnels variés des personnes qui l'exercent. Contrairement au travail social et à la psychologie, par exemple, il n'y a pas d'école de psychothérapie affiliée à une université. En revanche, un vaste éventail de milieux d'enseignement offrent une formation en psychothérapie, notamment des établissements scolaires, tels les collèges communautaires, et les centres de formation ou instituts autonomes.

D'autre part, la formation de psychothérapeute est souvent structurée selon qu'elle est dispensée en tant que composante simple d'un vaste ensemble de compétences professionnelles (p. ex., travailleur social, psychiatre) ou qu'elle constitue l'unique base professionnelle (p. ex., psychothérapeute, psychanalyste). Dans le premier cas, la compétence en psychothérapie est acquise dans le cadre d'un programme d'études général alors que dans le dernier cas la formation est spécialisée en psychothérapie uniquement.

La formation des personnes qui se disent psychothérapeutes varie. Les psychologues titulaires d'un doctorat ou d'une maîtrise doivent remplir les exigences concernant l'expérience du travail supervisé auprès des clients. Les travailleuses sociales, les travailleurs sociaux, les infirmières et les infirmiers peuvent avoir reçu une formation avancée en santé mentale et posséder une expérience de la pratique supervisée. Pour les psychiatres, la supervision de cas s'inscrit dans leur programme de résidence. Les autres médecins qui exercent la psychothérapie (les médecins généralistes) peuvent ne pas avoir suivi de formation régulière en psychothérapie dans le cadre de leurs études de médecine ou n'avoir reçu dans ce domaine qu'une formation rudimentaire.

Les personnes non membres des professions actuellement réglementées qui exercent la psychothérapie peuvent compter de nombreuses années d'études et d'exercice supervisé de la psychothérapie – ou ne posséder dans ce domaine aucune formation ni aucune expérience. Certaines d'entre elles ont obtenu un diplôme universitaire de premier cycle ou une maîtrise dans des domaines liés ou non à leur carrière de psychothérapeute. D'autres ont suivi un programme offert par un centre spécialisé en enseignement de la psychothérapie tels que Adler Professional Schools, le Centre for

Training in Psychotherapy, le Gestalt Institute, l'Ontario Association of Jungian Analysts et le Toronto Institute for Psychoanalysis. Certains praticiens ont reçu une formation en Europe ou aux États-Unis, où les programmes d'études en psychothérapie sont plus nombreux. D'autres encore se sont inscrits dans des programmes pour lesquels le principal critère d'admissibilité est l'« expérience de vie ».

Les éléments qui entrent dans tous les types de formation régulière en psychothérapie comprennent les capacités suivantes : écouter et comprendre les clients et les patients et pratiquer une communication non verbale, développer et maintenir une alliance thérapeutique avec les patients et les clients, comprendre l'incidence des sentiments et du comportement du thérapeute afin qu'ils ne gênent pas le traitement, et reconnaître et maintenir des limites thérapeutiques appropriées.

3.6 Réglementation actuelle

Plusieurs organismes de réglementation ont en leur sein des membres qui fournissent des services de psychothérapie, en l'occurrence : l'Ordre des psychologues de l'Ontario (OPO), l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (OMCO), l'Ordre des travailleurs sociaux et des techniciens en travail social de l'Ontario (OTSTTSO), et l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO). Les praticiens affiliés à ces ordres professionnels doivent satisfaire aux exigences et aux normes établies par l'ordre dont ils relèvent. L'OPO, l'OMCO et l'OIIO sont régis par la *LPSR*; l'OTSTTSO est régi par la *Loi de 1998 sur le travail social et les techniques de travail social.*

Les services de psychothérapie sont également fournis par des personnes non membres des professions actuellement réglementées. Ce groupe compte des membres d'associations professionnelles volontaires qui s'autoréglementent, par exemple l'Ontario Society of Psychotherapists et l'Ontario Association of Consultants, Counsellors, Psychometrists and Psychotherapists. Ces organisations établissent pour leurs membres les normes concernant les études et l'expérience requises ainsi que les principes directeurs de l'exercice de leur profession. En général, il s'agit notamment d'un programme d'apprentissage didactique et d'un nombre précis d'heures de pratique supervisée.

D'autres praticiens ne sont affiliés à aucune association professionnelle et n'observent pas de normes ou de codes de déontologie identifiables.

3.7 Autres compétences

Au Canada, l'Alberta a récemment restreint à six professions de la santé réglementées la pratique d'une intervention psychosociale dans les cas où un trouble important de la pensée, de l'humeur, de la perception, de l'orientation ou de la mémoire perturbe gravement le jugement. La Colombie-Britannique examine depuis plusieurs années l'éventuelle réglementation de la psychothérapie (ou consultation clinique) en tant que subdivision de la consultation. Si le Québec a officiellement réglementé un certain nombre de professions, notamment les psychologues, les psychoéducateurs et les travailleurs sociaux, la réglementation de la psychothérapie est toujours à l'étude.

Aux États-Unis, de nombreux États emploient différentes approches pour restreindre l'exercice de la psychothérapie; les mesures prises vont de l'inscription volontaire auprès d'un conseil d'État à la délivrance d'un permis en bonne et due forme.

Le Royaume-Uni envisage l'inscription obligatoire pour les psychothérapeutes. Ce pays dispose actuellement d'un système volontaire d'autoréglementation qui réunit 80 associations professionnelles volontaires chapeautées par le United Kingdom Council for Psychotherapy.

Au printemps de 2005, la New Zealand National Psychotherapy Association a officiellement demandé que la psychothérapie devienne une profession réglementée. L'Australie est également au milieu d'un examen portant sur la réglementation des psychothérapeutes.

4. Facteurs soutenant la recommandation du CCRPS

4.1 Risque de préjudice

Dans la mesure où la psychothérapie est souvent exercée en établissements privés non supervisés, auprès de patients ou de clients vulnérables sur le plan affectif, il est largement reconnu que l'exercice de la psychothérapie comporte en soi un risque important de préjudice.

Si les conséquences d'une pratique négligée ou en deçà des normes ne sont peut-être pas toujours évidentes, les résultats d'enquêtes, les mesures disciplinaires et les poursuites devant les tribunaux, ainsi que l'opinion des responsables de la réglementation et des praticiens du domaine compte tenu de leur expérience, sont autant d'indicateurs qui révèlent la présence d'abus et de négligences comportant de graves conséquences pour les patients ou les clients, parfois même pour des tiers, dans le contexte de la psychothérapie. Le risque de préjudice est l'un des principaux motifs cités par les autres compétences pour justifier la réglementation de l'exercice de la psychothérapie.

Il existe deux grandes sources de préjudice possible pour les patients ou les clients bénéficiant d'une psychothérapie :

- la nature de la relation entre le patient/client et le thérapeute;
- l'incapacité à procéder à un examen adéquat ou à pratiquer des interventions psychothérapeutiques précises.

À titre d'exemples de préjudice découlant de la relation thérapeutique, citons :

- l'exploitation ou l'abus du patient/client, voire ces deux choses à la fois;
- le contact sexuel ou tout rapport sexuel avec le patient/client;
- le non-respect de la vie privée et des renseignements confidentiels du patient/client par la divulgation non autorisée de renseignements cliniques.

À titre d'exemples de préjudice découlant de l'incapacité à procéder à un examen adéquat ou à dispenser un traitement, citons :

- l'emploi d'approches thérapeutiques inappropriées, ce qui retarde la gestion ou la résolution appropriées du problème et exacerbe éventuellement l'état du patient/client;
- l'incapacité à identifier les problèmes de santé physique ou mentale nécessitant d'autres formes de traitement.

Par sa nature, l'exercice de la psychothérapie, particulièrement l'intense relation client-thérapeute, engendre des états d'âme spécialement préoccupants, par exemple le transfert des sentiments (transposition des sentiments et des désirs sur un nouvel objet, parfois sur le psychothérapeute). De plus, il existe dans la relation patient-thérapeute un déséquilibre inhérent des pouvoirs, chose qu'une praticienne ou un praticien sans scrupules peut manipuler ou exploiter en présence d'un client fragile ou vulnérable sur le plan affectif.

Au cours du processus de consultation du CCRPS, la vaste majorité des intervenants a clairement affirmé qu'il existait un risque de préjudice associé à l'exercice de la psychothérapie. Cette conclusion a été confirmée par des études de la situation dans différents territoires de compétence. En particulier, deux groupes ont été identifiés comme posant un risque accru de préjudice pour les patients ou les clients :

- les praticiennnes et les praticiens non réglementés qui exercent solo dans un cabinet privé, spécialement ceux qui ne sont pas affiliés à une association professionnelle et qui travaillent sans supervision ou sans collègues;
- les professionnels réglementés qui exercent la psychothérapie sans avoir reçu de formation régulière en psychothérapie.

4.2 Supervision

Un nombre considérable de psychothérapeutes exercent de manière autonome, souvent à leur propre domicile, sans supervision ni contraintes institutionnelles, ou sans possibilité de collaboration ou de surveillance de la part de leurs confrères et consoeurs. Beaucoup ne sont affiliés à aucun groupe professionnel et n'ont pas de mentor. Le nombre de psychothérapeutes exerçant solo semble augmenter, les établissements et les organismes de santé mentale étant moins nombreux à offrir la psychothérapie.

4.3 Normes d'exercice

S'il en existe à l'heure actuelle, rares sont les normes professionnelles cohérentes se rapportant spécifiquement à la psychothérapie pour les psychothérapeutes membres d'ordres professionnels réglementés, et il n'existe que des règles éparses pour les praticiens non réglementés, qui d'ailleurs ne se conforment pas toujours à des normes d'exercice non obligatoires. Les professionnels de la santé qui après leur radiation des registres professionnels ont choisi d'exercer la psychothérapie ne sont pas assujettis aux normes d'un organisme professionnel ou volontaire.

4.4 Consommateurs

Le public comprend très mal le rôle et les exigences que doivent remplir les praticiens – psychiatres, psychologues, psychothérapeutes et autres professionnels – offrant des services de psychothérapie. Beaucoup de gens s'étonnent d'apprendre que la psychothérapie n'est pas réglementée. Ils présument que les psychothérapeutes ont plus ou moins les mêmes compétences. Le manque de sensibilisation du public exacerbe le risque de préjudice. Dans ce contexte, il convient de noter qu'en Ontario, le Bureau de l'intervention en faveur des patients des établissements psychiatriques appuie fermement la réglementation de la psychothérapie.

4.5 Responsabilité

L'absence d'un organisme ou d'un dispositif pour le traitement des plaintes concernant les psychothérapeutes non réglementés, mis à part les tribunaux, est considérée comme une grave lacune de la politique publique. Elle expose les clients ou les patients à un risque et les laisse sans recours, à moins qu'ils ne soient prêts à assumer des frais considérables et à s'étaler publiquement. Nombre d'autres territoires de compétence, dont au moins une douzaine d'États américains, ont conclu pour cette raison que la psychothérapie comporte un risque important de préjudice qui justifie une forme de réglementation.

4.6 Volonté des psychothérapeutes d'être réglementés

Les consultations tenues par le CCRPS auprès des intervenants révèlent que ces derniers sont très en faveur de la réglementation[6]. L'appui réservé à la réglementation a été constaté au sein d'un vaste éventail de groupes représentant les praticiens actuellement réglementés et les praticiens actuellement non réglementés. Le ferme appui démontré par l'Ontario Coalition of Mental Health Professionals, qui représente 4 300 praticiens[7], est particulièrement digne de mention. En outre, de nombreux praticiens sont membres d'organisations volontaires dont les conditions d'admissibilité comprennent l'observation des normes d'exercice, de la discipline et du code de déontologie. Ceci vient corroborer la volonté d'assumer les responsabilités découlant de l'autoréglementation.

4.7 Capacité à privilégier l'intérêt du public

Deux facteurs démontrent l'engagement des psychothérapeutes envers la protection de l'intérêt du public. Le premier est l'existence d'un certain nombre d'associations professionnelles volontaires qui s'autoréglementent et qui ont établi des normes d'admissibilité. Ces organismes ont un code de déontologie, des comités de l'éthique professionnelle et des plaintes, ainsi que des programmes de perfectionnement professionnel permanent qui soutiennent le principe de l'intérêt du public. Les membres versent une cotisation qui aide leur organisation à exercer ses activités.

---

[6] Près des deux tiers des intervenants qui ont présenté des observations écrites ou orales au CCRPS appuyaient la réglementation.

[7] The Ontario Coalition of Mental Health Professionals réunit 10 organisations professionnelles et six établissements de formation affiliés.

Bien que l'affiliation à l'une de ces associations professionnelles ou à l'un de ces établissements confère aux membres la reconnaissance et le statut professionnels, il semble exister un désir profond de la part des organisations professionnelles de rehausser les normes d'exercice et la responsabilité professionnelle. De plus, le nombre de praticiens représentés par des organisations désireuses de procéder à une réglementation laisse supposer que les responsables reçoivent l'appui d'une proportion considérable de membres.

Le second facteur est le fait que les ordres professionnels réglementés, qui comptent un certain nombre de psychothérapeutes, ont le devoir de privilégier l'intérêt du public avant celui de la profession, et leur allégeance à ce principe a été claire pour le CCRPS tout au long du débat.

4.8 Accès aux services

Il est généralement reconnu que les psychothérapeutes fournissent d'importants services de santé mentale. Dans certaines régions de la province, les services indépendants de psychothérapie sont plus accessibles que les services de santé mentale dispensés en milieux institutionnel et communautaire. Le CCRPS croit comprendre que certains employeurs craignent que les travailleurs de la santé mentale actuels ne puissent pas fournir certains services de santé mentale si une trop vaste définition du champ d'exercice est employée. D'autres ont cité l'impact que la réglementation pourrait avoir sur un ensemble particulier de populations*, de minorités culturelles et de régions insuffisamment desservies, spécialement dans les collectivités rurales et éloignées*.

La majorité des répondants ont souligné au CCRPS que pour protéger l'intérêt du public, il serait important d'étendre la réglementation des psychothérapeutes qualifiés aux praticiens qui ne sont pas encore réglementés afin de veiller à ce que le système de santé mentale ne soit pas privé de leurs services et de leurs compétences.

> [traduction] L'admission à la profession ne devrait pas être indûment restreinte par des critères de formation inutilement coûteux et étroits... l'entrée dans la profession ne devrait pas être réservée aux professionnels de la santé actuellement réglementés et reconnus, car cela limiterait indûment l'accès du public à des praticiens tout à fait qualifiés bien que possédant un bagage différent.
>
> L'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario

Il convient de noter que la majorité des répondants ont affirmé que la réglementation devrait protéger l'intérêt du public en appuyant l'accès continu aux services de psychothérapie tout en imposant des exigences minimum élevées et appropriées, des normes d'exercice et la responsabilité des praticiens à l'égard du public.

---

* [traduction] ...« nos services de consultation...s'appuient sur des valeurs culturelles et traditionnelles... La réglementation de la psychothérapie et de la consultation serait préjudiciable à notre clientèle, qui deviendrait alors insuffisamment desservie. » Ontario Native Education Counselling Association

* [traduction] « Une réglementation trop restrictive éliminerait pour ainsi dire les services de consultation et de psychothérapie dans les collectivités rurales de l'Ontario. » Services à la famille de London/Thames Valley

4.9 Réglementer la profession ou le professionnel

Le ministre a demandé conseil au CCRPS pour déterminer s'il fallait réglementer la psychothérapie ou les psychothérapeutes. Les différences entre ces deux approches – la réglementation de l'activité versus la réglementation des professionnels exerçant l'activité – et leurs répercussions ne sont pas bien comprises, particulièrement des personnes qui ne sont pas familières avec les principes de la réglementation. Si la psychothérapie était classée acte autorisé, ce serait l'acte de psychothérapie qui serait réglementé et l'autorisation de pratiquer cet acte serait accordée à un nombre limité de praticiens possédant les compétences requises. Si en revanche c'était les psychothérapeutes qui étaient réglementés, le domaine de leur champ d'exercice qui concerne la psychothérapie serait défini dans la *LPSR* et ils seraient tenus d'exercer uniquement dans le champ défini. Ce qui est venu ajouter à la complexité de cette question, c'est que la cohorte des psychothérapeutes se compose à la fois de professionnels réglementés et de praticiens non réglementés. Pour ces derniers, ni les dispositions régissant l'acte autorisé ni celles concernant le champ d'exercice ne s'appliqueraient.

5. Résumé des arguments en faveur de la réglementation

Selon une analyse du risque de préjudice que poserait pour le public l'exercice non réglementé de la psychothérapie, et compte tenu de la situation observée dans d'autres territoires de compétence ainsi que de l'avis réfléchi et de l'expérience de professionnels, de praticiens et de membres du public, le CCRPS a conclu que la réglementation était dans l'intérêt du public. La réglementation réduirait le risque de préjudice dans l'exercice de la psychothérapie de la manière suivante.

- **Entrée dans la profession** – La mise en place d'exigences minimum élevées en matière d'études et d'expérience supervisée pour l'entrée dans la profession garantira que les personnes inscrites en tant que psychothérapeutes possèdent les compétences de base et sont qualifiées pour offrir des services de psychothérapie.

- **Assurance de la qualité** – La participation à l'amélioration de la qualité dans la profession ainsi qu'aux activités de perfectionnement professionnel et de maintien des compétences favorisera la collaboration entre collègues, l'examen de cas et la surveillance par l'établissement ou l'ordre compétent.

- **Responsabilité accrue** – Les clients ou les patients de praticiens actuellement non réglementés bénéficieront d'un nouveau recours dans les cas présumés d'incompétence, de faute professionnelle, d'abus sexuel ou d'autres violations des limites, ceci dans le cadre du mécanisme de traitement des plaintes et du processus disciplinaire prévus par l'organisme de réglementation compétent.

- **Exécution de la loi** – La réglementation législative établira les programmes relatifs au traitement des plaintes, à la discipline et à l'assurance de la qualité. La réglementation professionnelle s'accompagne de la responsabilité, par l'application d'un système de sanctions, dont la révocation de l'inscription.

6. Conclusions initiales du CCRPS

Après un examen et une analyse approfondis des questions saillantes, le CCRPS a posé les conclusions suivantes :

1. Et la psychothérapie, et les psychothérapeutes devraient être réglementés.

2. La psychothérapie peut se distinguer de la consultation de soutien. La consultation qui consiste à fournir des renseignements, des encouragements, des conseils et des instructions sur des questions affectives, sociales, éducatives ou spirituelles ne relève pas de la psychothérapie.

3. Tout nouveau cadre de réglementation devrait tenir compte des praticiens actuellement réglementés et des praticiens actuellement non réglementés.

7. Formes de réglementation possibles

Ayant conclu qu'il convenait de réglementer et les psychothérapeutes, et la psychothérapie en Ontario, le CCRPS a envisagé différentes formes de réglementation.

7.1 L'autoréglementation volontaire

Eu égard au risque de préjudice associé à l'exercice de la psychothérapie et au fait qu'un très vaste éventail d'intervenants sont d'accord pour dire qu'une réglementation législative s'impose, le statu quo – notamment l'autoréglementation volontaire – n'a pas été vu comme une option viable. L'autoréglementation volontaire, bien qu'utile, n'a pas les pouvoirs de l'exécution d'une loi.

7.2 Registre des praticiens

Au rang des autres options considérées s'inscrit l'établissement d'un registre des psychothérapeutes en Ontario. Les praticiens seraient d'abord encouragés à s'inscrire volontairement au registre et à fournir des renseignements sur leur domaine d'exercice, leur formation et leurs compétences. Ces informations seraient accessibles au public et pourraient contribuer à mieux faire connaître la profession. S'il est vrai qu'un tel registre fournirait une forme limitée de protection du public, il ne permettrait pas d'écarter les praticiens non compétents, d'établir des normes ou de mettre en place un mécanisme de traitement des plaintes et un processus disciplinaire. Comme en l'état actuel des choses, toute personne avec ou sans qualifications pourrait exercer la psychothérapie, se prétendre psychothérapeute et s'inscrire sur le registre. Cette option a été rejetée en tant que formule unique dans la mesure où elle ne fournirait pas une protection suffisante du public.

7.3 Protection du titre

La protection du titre, en soi, est la plus faible de toutes les formes de réglementation possibles. Aux termes de la *LPSR*, le titre réservé est une mesure de protection du public car elle permet d'identifier les fournisseurs qui ont satisfait aux exigences de l'inscription auprès de l'ordre visé. Cependant, elle n'empêche pas les autres de pratiquer des activités normalement exercées par les personnes autorisées à employer le ou les titres réservés. Elle ne sert qu'à les empêcher d'employer ces titres. C'est pourquoi le CCRPS n'a pas pris en considération la seule protection du titre en tant que mesure adéquate de protection du public.

7.4 Réglementation à l'intérieur d'un ordre professionnel existant

Le CCRPS a tenté de déterminer s'il serait possible d'ajouter les praticiens aux ordres professionnels existants. Dans le cadre de cette option, les praticiens actuellement non réglementés qui souhaiteraient s'appeler psychothérapeutes devraient devenir membres d'un ordre professionnel existant. Certains praticiens de cette catégorie pourraient détenir des titres de compétence qui les rendraient admissibles à l'inscription auprès d'un ordre existant. Pour les autres, non admissibles, il faudrait créer une nouvelle catégorie de candidats à l'inscription à l'intérieur d'un ou de plusieurs ordres existants.

Le plus grand obstacle que présente cette option est un soutien extrêmement limité de la part des praticiens réglementés et non réglementés. De plus, aucun ordre professionnel n'a semblé disposé à s'accabler de ce fardeau supplémentaire en matière de réglementation. Cette option a elle aussi été rejetée.

7.5 Actes autorisés

Le CCRPS a envisagé de définir un acte autorisé de psychothérapie et de le réserver aux personnes autorisées à le pratiquer en vertu de la *LPSR*, soit en tant que membres d'un ordre professionnel déjà régi par la *LPSR*, soit en tant que membres d'un nouvel ordre professionnel.

La désignation de la psychothérapie en tant qu'acte autorisé fournirait le plus haut niveau de réglementation et de protection du public. Le désavantage est qu'elle exigerait de l'acte de psychothérapie une définition précise comparable au libellé des 13 actes déjà autorisés aux termes de la *LPSR*. Cette option n'est pas viable, car la psychothérapie est un processus et ne peut donc pas être représentée comme un seul acte.

L'approche de l'acte autorisé s'accompagnerait également de l'obligation d'apporter un changement important à la *Loi de 1998 sur le travail social et les techniques de travail social*, notamment l'ajout d'un nouveau principe de réglementation pour la profession du travail social. Un certain nombre de travailleurs sociaux exercent la psychothérapie. Si la Loi n'était pas modifiée, il faudrait que les travailleurs sociaux-psychothérapeutes soient admissibles à une double affiliation, c'est-à-dire l'affiliation à un ordre professionnel existant ou à un nouvel ordre professionnel dans le cadre de la *LPSR*, en plus de l'affiliation à leur propre ordre professionnel.

Selon les inquiétudes exprimées au CCRPS, d'aucuns craignent qu'un acte autorisé de psychothérapie ne réprime l'évolution d'une branche dynamique et en plein épanouissement. Le CCRPS a conclu que l'ajout d'un acte autorisé tel que la psychothérapie dans la *LPSR* n'était pas une option viable.

7.6 Modifier la clause de la *LPSR* portant sur le risque de lésion

La clause du risque de lésion dans la *LPSR* (article 30) interdit aux personnes autres que les professionnels de la santé réglementés qui agissent dans l'exercice de leur profession, de donner à une personne un traitement ou des conseils concernant sa santé dans des circonstances où il est raisonnable de prévoir que des lésions corporelles graves puissent en découler. La clause du risque de lésion a pour effet d'interdire aux non-spécialistes et aux professionnels agissant en dehors de leur champ d'exercice de pratiquer des activités potentiellement préjudiciables pour la santé physique d'une personne.

Modifier la clause du risque de lésion dans la *LPSR* de façon à y inclure le préjudice psychologique ou émotionnel aurait pour effet d'interdire aux personnes autres que les professionnels de la santé réglementés qui agissent dans l'exercice de leur profession, de donner à une personne un traitement ou des conseils concernant sa santé dans des circonstances où il est raisonnable de prévoir que des préjudices émotionnels ou psychologiques ou des lésions corporelles graves puissent en découler.

Le CCRPS est d'avis que la santé mentale devrait être considérée comme un aspect de la santé d'une personne qui vient s'ajouter à sa santé physique. Cette question est abordée plus en détail dans le Cadre législatif.

8. Approche privilégiée pour la réglementation

Le CCRPS est convaincu que la *LPSR* est le modèle de réglementation préférable, et que la psychothérapie devrait être réglementée aux termes de cette loi par l'entremise d'un nouvel ordre : l'Ordre des psychothérapeutes.

Le CCRPS propose que l'exercice de la psychothérapie et les praticiens de cette profession soient réglementés au moyen de l'intégration d'un titre réservé et d'un champ d'exercice légal dans la *LPSR*.

9. Nouveau cadre de réglementation pour la psychothérapie

9.1 Création d'un nouvel Ordre des psychothérapeutes

Le CCRPS a conclu qu'un nouvel ordre, l'Ordre des psychothérapeutes, devrait être créé en vertu de la *LPSR*.

Bien que certains répondants se soient déclarés en faveur d'un cadre de réglementation en dehors de la *LPSR*, le motif souvent invoqué était que la réglementation aux termes de la *LPSR* exclurait les praticiens actuellement non réglementés. Le CCRPS propose d'obliger les praticiens actuellement non réglementés à devenir membres d'un nouvel ordre professionnel.

Les praticiens qui sont actuellement réglementés continueraient à être réglementés par leur ordre professionnel.

9.2 Composition du conseil de l'Ordre[10]

Le CCRPS recommande que le conseil de l'Ordre soit composé de six à neuf membres élus conformément à ses règlements et de cinq à huit personnes nommées par le lieutenant-gouverneur en conseil. Le conseil élirait annuellement une présidente ou un président ainsi qu'une vice-présidente ou un vice-président parmi ses membres.

9.3 Collaboration interprofessionnelle

Pour qu'au sein de tous les ordres professionnels les membres qui exercent la psychothérapie aient l'avantage de normes vastes qui puissent être appliquées aux circonstances uniques de leurs professions, le CCRPS recommande que le conseil de l'Ordre établisse un comité consultatif composé de membres représentant l'Ordre des psychologues de l'Ontario, l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, l'Ordre des travailleurs sociaux et des techniciens en travail social de l'Ontario, ainsi que l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario.

9.4. Membres d'ordres professionnels existants

Le CCRPS a conclu que les membres des ordres professionnels existants régis par la *LPSR* et de l'Ordre des travailleurs sociaux et des techniciens en travail social de l'Ontario, qui exercent selon des cadres de réglementation établis par la *LPSR* et par la *Loi de 1998 sur le travail social et les techniques de travail social* respectivement, devraient pouvoir exercer la psychothérapie sans devoir devenir également membres d'un nouvel organisme de réglementation.

Cependant, ils seraient tenus de démontrer qu'ils satisfont aux exigences et aux normes propres à la psychothérapie. Puisque l'Ordre des travailleurs sociaux et des techniciens en travail social de l'Ontario n'entre pas dans le cadre de réglementation prévu par la *LPSR* (étant régi par une loi indépendante), une disposition précise serait requise afin d'inclure ce groupe clé de professionnels dans le cadre de réglementation de la psychothérapie. Il est recommandé de prévoir une telle disposition.

9.5 Normes des ordres professionnels existants

Dans le cadre de ses travaux, le CCRPS a vu un nombre considérable d'observateurs lui faire part de leurs réserves, ceux-ci soutenant que les ordres professionnels existants devaient établir des exigences et des normes spécifiques en matière d'études afin de favoriser adéquatement l'exercice sécuritaire et efficace de la psychothérapie par leurs membres. Le CCRPS partage cet avis.

---

[10] « L'Ordre » désigne l'Ordre des psychothérapeutes.

Le CCRPS recommande que les ordres régissant des professionnels réglementés qui exercent la psychothérapie (psychologues, travailleurs sociaux et techniciens en travail social, infirmières et infirmiers, ainsi que médecins et chirurgiens) élaborent, mettent en œuvre et fassent respecter eux-mêmes leurs exigences minimum et leurs normes d'exercice pour la psychothérapie.

Si les ordres professionnels existants n'élaboraient pas de normes propres à la psychothérapie, ceux de leurs membres qui exercent cette discipline seraient tenus de se conformer aux normes de l'Ordre des psychothérapeutes.

9.6 Protection du titre et emploi d'un titre réservé

Le titre réservé protège l'intérêt du public en fournissant aux patients un moyen évident de déterminer si un praticien ou une praticienne possède le niveau d'études minimum et les autres qualifications requises pour fournir des services de psychothérapie qui relèvent d'un organisme de réglementation compétent.

Le ou les titres réservés doivent être compréhensibles du public et il devrait exister un lien reconnu entre ces titres et les services dispensés. Bien que les intervenants appuient la protection du titre de « psychothérapeute », certains ont exprimé leur inquiétude à l'égard de l'idée de restreindre cette protection à un seul titre. Un certain nombre de participants ont laissé entendre que d'autres titres devraient être inclus, notamment ceux de « psychothérapeute-conseiller », « conseiller matrimonial et familial » ou « art thérapeute ».

Cependant, le CCRPS est convaincu que le titre « psychothérapeute-conseiller » sèmerait la confusion à l'égard du champ de l'activité réglementée en supposant que *toutes* les activités des conseillers entrent dans le cadre de réglementation. D'autres titres, au besoin, peuvent être ajoutés par réglementation.

Dans la *LPSR*, la protection du titre est appuyée par certaines interdictions. Celles-ci interdisent aux personnes autres que les membres d'un ordre professionnel « de se présenter » comme des membres de cet ordre professionnel, soit directement en employant un titre réservé, soit indirectement en choisissant des termes ou une conduite qui laissent croire qu'ils sont autorisés à se présenter comme tels.

Le titre de « psychothérapeute » est largement répandu et accepté par les praticiens, d'autres professionnels de la santé, les patients, les clients et le public en général. Aussi le CCRPS recommande-t-il que le titre de « psychothérapeute » soit réservé.

9.7 Champ d'exercice légal

Le CCRPS a conclu que la psychothérapie présente un risque de préjudice assez grave pour justifier qu'elle soit retirée du domaine public et que les personnes qui l'exercent – qu'elles l'appellent psychothérapie ou autrement – soient tenues de le faire dans un cadre de réglementation qui établisse et fasse respecter des exigences et des normes minimum élevées.

À l'heure actuelle, les activités réglementées par la *LPSR* se répartissent en deux catégories générales et deux types de réglementation :

- Les actes qui présentent pour les patients un risque de préjudice tel qu'ils sont énumérés dans la *LPSR* sous l'intitulé « Actes autorisés ». Les actes autorisés ne peuvent être pratiqués que par les personnes qui sont membres de certains ordres professionnels régis par la *LPSR* et qui sont tenues, pour en devenir membres, de satisfaire aux exigences et aux normes minimum pertinentes.

- Les actes qui ne présentent pas de risque de préjudice justifiant leur retrait du domaine public et leur classification parmi les actes autorisés. La pratique de ces actes non autorisés n'est pas réservée aux membres des ordres professionnels régis par la *LPSR*. Bien que les membres de certains ordres régis par la *LPSR* puissent pratiquer des actes non autorisés dans l'exercice de leurs professions respectives, il n'existe aucune interdiction empêchant d'autres personnes de les pratiquer également (notamment les membres des autres ordres régis par la *LPSR* et les praticiens non réglementés).

Cela dit, ce qui pose problème est le fait que la méthode fondée sur les actes autorisés aux termes de la *LPSR* n'est pas viable pour la psychothérapie. Il en est ainsi parce qu'il est impossible de cerner un acte clairement reconnaissable qui entre dans l'exercice de la psychothérapie (et y étant propre) qui ait pour effet de créer un risque de préjudice pour les patients. C'est plutôt le processus de l'exercice de la psychothérapie (et des éléments variables de ce processus) qui crée ce risque.

La solution recommandée par le CCRPS en réponse à ce problème consiste à intégrer dans le cadre de la *LPSR* le concept d'un champ d'exercice légal applicable à tous les praticiens pour la psychothérapie. La disposition visée décrirait la nature et le champ des activités qui seront assujetties à ce nouveau cadre de réglementation sans égard au titre ou au label employé par un praticien et interdirait aux praticiens des ordres professionnels existants qui ne sont pas qualifiés pour exercer la psychothérapie et à ceux qui ne sont pas membres du nouvel Ordre des psychothérapeutes d'exercer à l'intérieur de ce champ.

L'établissement d'un champ d'exercice légal applicable à la psychothérapie protégera l'intérêt du public de deux façons importantes :

- Il fournira une meilleure protection contre les praticiens qui peuvent chercher à se soustraire au nouveau cadre de réglementation simplement en utilisant un titre autre que le ou les titres réservés (contournement de titre). C'est là un point important compte tenu du vaste éventail de titres utilisés par les personnes qui exercent actuellement la psychothérapie.

- Il aidera à communiquer au public l'éventail d'activités pour lesquelles l'affiliation au nouvel Ordre est obligatoire afin d'assurer la possession du niveau minimum d'études et d'autres compétences requis pour exercer.

Bien que l'approche recommandée ici ajoute une nouvelle méthode de réglementation à la *LPSR*, elle a été suivie dans d'autres territoires de compétence pour réglementer la psychothérapie (notamment en Arizona, en Floride et en Californie). D'ailleurs, cette approche n'est pas non plus étrangère à la réglementation des professions de la santé en Ontario. En effet, les champs d'exercice légaux étaient déjà prévus dans l'ancienne *Loi sur les sciences de la santé* (Ontario).

Pour les raisons précitées, le CCRPS recommande un champ d'exercice légal pour les psychothérapeutes en Ontario.

9.8 Champ d'exercice proposé

Le CCRPS propose que la description suivante de la psychothérapie forme le champ d'exercice prévu dans le nouveau cadre de réglementation :

> La psychothérapie consiste en une ou plusieurs interventions psychologiques pratiquées dans le cadre d'une relation thérapeutique pour le traitement de perturbations cognitives, affectives ou comportementales.

Le champ proposé ici tient compte des observations reçues pendant le processus de consultation du CCRPS.

Ce champ d'exercice s'appliquerait aux personnes qui sont membres en règle de l'Ordre ou de l'un des ordres professionnels suivants et qui ont satisfait aux exigences propres à l'exercice de la psychothérapie établies par celui dont elles relèvent : l'Ordre des psychologues de l'Ontario, l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, l'Ordre des travailleurs sociaux et des techniciens en travail social de l'Ontario, et l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario.

Il convient de noter que la réglementation de tous les praticiens (actuellement réglementés et non réglementés) s'articulera dans un premier temps autour de l'établissement d'exigences applicables de manière générale pour l'entrée dans la profession et autour de l'établissement de normes d'exercice (il s'agira d'exigences applicables à tous les praticiens et non de normes prescriptives propres à chaque modalité dans le domaine général de la psychothérapie).

9.9 Exceptions et exemption – Consultation, conseils religieux et guérisseurs autochtones

L'actuelle *LPSR* prévoit deux exceptions et une exemption concernant les conseils spirituels et religieux :

- les consultations portant sur des questions affectives, sociales, éducatives ou spirituelles [par. 29 (2) de la *LPSR*];

- le traitement d'une personne par la prière ou par d'autres moyens spirituels, conformément à la doctrine religieuse de la personne qui donne le traitement [alinéas 29 (1) c) et 30 (5) c) de la *LPSR*];

- les guérisseurs autochtones qui offrent des services traditionnels de guérisseur aux Autochtones ou aux membres d'une communauté autochtone et les sages-femmes autochtones sont exemptés en vertu des alinéas 35 (1) a) et b) de la *LPSR*.

Étant donné que le nouveau cadre de réglementation proposé n'englobera pas la consultation, la première exception ne pose aucun problème. Cependant, le CCRPS recommande par souci de clarté que soit intégrée dans la *Loi sur les psychothérapeutes* une exception précisant que la Loi « ne s'applique pas aux conseillers fournissant des renseignements, des encouragements, des conseils ou des instructions portant sur des questions affectives, sociales, éducatives ou spirituelles ».

Les observateurs ont fermement appuyé la proposition suivant laquelle les praticiens exerçant une psychothérapie axée sur la foi dans le cadre de conseils spirituels ou religieux devraient satisfaire aux mêmes exigences et aux mêmes normes que les autres praticiens de la psychothérapie. Cette question devrait être examinée plus en détail.

Ainsi qu'il a été noté précédemment, les guérisseurs autochtones sont dispensés de la *LPSR* et le CCRPS recommande que cette exemption ne soit pas modifiée aux fins de la nouvelle loi.

9.10 Accès à l'acte autorisé de communication d'un diagnostic

Le diagnostic clinique des troubles mentaux ou affectifs se fonde sur les critères tirés du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-IV TR) de l'American Psychiatric Association et est souvent confirmé par des tests psychologiques. Il existe à présent un nombre limité de professionnels autorisés en vertu de la *LPSR* à poser un diagnostic et, par conséquent, à le « communiquer ».

Il est important de reconnaître que les psychothérapeutes travaillent à partir d'un plan de traitement basé sur trois éléments : les difficultés ou les objectifs thérapeutiques du patient; la définition des obstacles qui entravent la concrétisation de ces objectifs; et la ou les techniques ou relations qui peuvent aider le patient à apprendre comment surmonter ces obstacles.

Avant d'amorcer le travail de psychothérapie avec un patient, tous les thérapeutes doivent formuler le problème et élaborer un plan de traitement approprié. L'évaluation joue un rôle important dans celui-ci. La nature de cette évaluation peut être basée sur des facteurs plus vastes qu'un syndrome décrit dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* de l'American Psychiatric Association ou être basée sur des renseignements diagnostiques fournis par un médecin ou un psychologue puis former la base du plan de traitement. À ce dernier égard, la nature de l'évaluation peut être guidée par la formation professionnelle du thérapeute et elle vise à considérer le problème sous un angle ou dans un cadre de travail particulier. Les psychothérapeutes ayant une formation en travail social ou l'expérience de ce domaine, par exemple, peuvent rechercher dans leur évaluation un lien entre les facteurs systémiques et l'expression des symptômes, alors que ceux dont la formation est axée sur le corps humain

peuvent rechercher dans leur évaluation un lien entre les domaines de tension physique et les symptômes. Bien qu'il puisse éclairer l'exercice de la psychothérapie, ce type d'évaluation ne permet pas de poser un diagnostic clinique en présence d'un trouble mental ou affectif.

Étant donné que le diagnostic clinique n'est pas un élément clé de l'exercice de la psychothérapie et que la formation en psychothérapie n'englobe pas le diagnostic clinique, le CCRPS recommande que l'acte autorisé de « communication d'un diagnostic » ne soit pas exigé pour la psychothérapie.

10. Transition à la réglementation

Le CCRPS recommande qu'un conseil de transition soit établi pour superviser une transition structurée à la réglementation de l'Ordre sur une période de trois ans. Le conseil de transition aurait pour principales fonctions ce qui suit :

- élaborer la liste des praticiens qui affirment exercer la psychothérapie;
- définir un corpus de connaissances central s'appliquant à l'ensemble de la psychothérapie, avec emphase sur les composantes de base communes, et élaborer les exigences et les équivalences requises en matière d'études et d'expérience aux fins de l'inscription auprès de l'Ordre;
- définir les programmes d'études et de formation qui permettraient aux établissements d'enseignement, au besoin, d'élaborer et d'adapter leur curriculum;
- permettre aux praticiens d'acquérir une formation complémentaire, au besoin;
- en matière de normes, collaborer avec les ordres professionnels existants dont les membres exercent la psychothérapie;
- élaborer le programme d'inscription, le programme de traitement des plaintes ainsi que le processus disciplinaire;
- élaborer des programmes de communication afin de fournir des renseignements aux psychothérapeutes réglementés et non réglementés ainsi qu'au public.

10.1 Membres du conseil de transition

Les membres du conseil de transition, de même que la présidente ou le président ainsi que la vice-présidente ou le vice-président, seraient nommés par le lieutenant-gouverneur en conseil, sur recommandation du ministre de la Santé et des Soins de longue durée. Le conseil de transition, de son côté, nommerait une registrateure ou un registrateur.

Le CCRPS recommande que le conseil de transition comprenne, outre les deux personnes assurant respectivement la présidence et la vice-présidence :

de six à neuf praticiens non réglementés exerçant la psychothérapie; de cinq à huit membres du public; et de quatre à six personnes représentant (collectivement) l'Ordre des psychologues de l'Ontario, l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, l'Ordre des travailleurs sociaux et des techniciens en travail social de l'Ontario, ainsi que l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario.

L'inclusion de personnes représentant les ordres professionnels existants a pour objet d'assurer la participation de ces derniers à l'élaboration des exigences et des normes générales pour l'exercice de la psychothérapie. Les ordres professionnels disposent, en matière de réglementation, de l'expertise nécessaire pour contribuer à cette démarche. Ils seraient eux-mêmes chargés de responsabilités semblables en matière de psychothérapie et tenus d'élaborer des exigences et des normes propres à la psychothérapie pour ceux de leurs membres qui l'exercent.

Il n'est pas question que les membres du conseil de transition représentant les ordres professionnels existants deviennent membres du conseil d'administration du nouvel Ordre des psychothérapeutes. Leur participation au conseil de transition prendrait fin au moment de l'établissement officiel de l'Ordre. En revanche, il est prévu que les ordres professionnels existants continuent à travailler avec l'Ordre par l'entremise d'un comité consultatif lorsque le conseil permanent sera en place.

10.2 Exigences pour l'entrée dans la profession

L'une des plus importantes tâches du conseil de transition consisterait à établir les exigences fondamentales et les équivalences d'études pour l'entrée dans la profession en tant que psychothérapeute et à prévoir le maintien des compétences chez les membres.

Il faudrait notamment définir les principes communs des différentes approches employées en Ontario pour la formation des psychothérapeutes. Ces principes pourraient ensuite servir de normes de formation minimum qui, avec des critères d'évaluation opérationnels, désigneraient les personnes admissibles à la profession. À cette fin, il existe en matière de formation deux catégories d'expériences qui devraient être incluses dans l'évaluation du conseil de transition – celles qui sont formatives et suffisantes en elles-mêmes et celles qui contribuent au perfectionnement professionnel mais qui en soi sont insuffisantes.

1. **Perfectionnement professionnel formatif :** les expériences éducatives essentielles qui constituent la formation de psychothérapeute sont une combinaison de cours didactiques et de supervision de cas cliniques. Elles visent à inculquer les connaissances, les compétences, les attitudes et les valeurs qui favorisent la compétence psychothérapeutique. Chaque modalité de psychothérapie comporte un corpus de connaissances théorique qui doit être maîtrisé et son application au traitement clinique par les thérapeutes en formation doit être supervisée. La durée minimum de ce type de formation serait de deux ans.

2. **Perfectionnement professionnel continu :** la participation à un bref atelier de formation ou à un séminaire longitudinal sans supervision de cas ne contribuerait pas à la préparation formative du psychothérapeute, mais elle favoriserait la formation continue après la désignation professionnelle.

10.3 Communications

Le conseil de transition devrait mettre en œuvre un programme de communication stratégique à l'intention des praticiens et du public afin de transmettre les messages suivants :

- La réglementation n'a pas pour objet d'exclure les praticiens actuellement non réglementés. Elle vise à les encadrer afin de favoriser des pratiques sûres, efficaces et responsables qui protègent l'intérêt du public.

- Les praticiens actuellement non réglementés joueront eux-mêmes un rôle significatif dans la transition vers la réglementation, notamment dans l'établissement des exigences et des normes.

- Les praticiens réglementés satisferont à des normes de responsabilité établies par les ordres professionnels existants.

11. Conclusions

La réglementation de la psychothérapie et des psychothérapeutes en Ontario n'est ni complète ni cohérente. N'importe qui, avec ou sans titres de compétence, peut exercer la psychothérapie et se prétendre psychothérapeute.

La psychothérapie est exercée par un éventail de praticiens, aussi bien des professionnels de la santé réglementés (médecins, psychologues, travailleurs sociaux) que des titulaires de maîtrise en psychologie avec formation spécialisée en psychothérapie et des praticiens n'ayant qu'une formation minimum ou n'en possédant aucune.

Les personnes qui ont répondu au *Guide de discussion* du CCRPS et les présentateurs qui ont participé aux consultations publiques nous ont confié sans réserves que l'exercice de la psychothérapie par des praticiens non compétents posait un risque de préjudice au public. Un préjudice peut découler d'une évaluation et d'un traitement inadéquats, d'un aiguillage tardif vers des professionnels qualifiés ainsi que d'abus sexuels, affectifs ou financiers commis à l'endroit des clients. Le risque d'abus est exacerbé lorsque la psychothérapie est exercée en isolement, sans supervision ou sans soutien des pairs.

Le risque de préjudice aux clients vulnérables a été reconnu par d'autres territoires de compétence, qui envisagent la réglementation ou qui ont lancé des projets de réglementation.

L'analyse du CCRPS appuie la conclusion selon laquelle le risque de préjudice causé par des praticiens non compétents ou sans scrupules exerçant la psychothérapie appelle une intervention au chapitre de la réglementation. Le CCRPS a examiné un certain nombre de formes de réglementation possibles, notamment : 1) la création d'un registre; 2) la modification de la clause relative au préjudice dans la *LPSR*; 3) l'établissement d'un titre réservé; 4) la protection du titre dans l'exercice de la profession; 5) la réglementation des praticiens non réglementés par un ordre professionnel existant; 6) la désignation d'un nouvel acte autorisé pour la psychothérapie dans le cadre de la *LPSR*.

Le CCRPS a évalué ces options et en même temps pesé l'intérêt du public, le besoin d'établir la responsabilité professionnelle et les questions d'accès aux services. Le CCRPS a conclu qu'un titre réservé et un champ d'exercice légal fourniraient le meilleur équilibre et que le véhicule législatif le plus approprié est la *LPSR*, qui propose une approche globale mais souple en matière de réglementation.

Après une période de transition raisonnable, au cours de laquelle les praticiens seraient tenus de communiquer leurs renseignements au conseil de transition pour leur inscription sur une liste ou un registre provincial, le CCRPS recommande que soit établi un organisme de réglementation permanent, en l'occurrence l'Ordre des psychothérapeutes.

L'une des premières étapes du processus de réglementation exigerait que les ordres professionnels existants dont les membres exercent la psychothérapie (l'Ordre des psychologues de l'Ontario, l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, l'Ordre des travailleurs sociaux et des techniciens en travail social de l'Ontario, ainsi que l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario) élaborent des normes minimum élevées, les grandes lignes régissant l'exercice de la profession et des exigences relatives au maintien des compétences propres à l'exercice de la psychothérapie pour ceux de leurs membres qui exercent la psychothérapie. Cette démarche pourrait être accomplie par l'inclusion d'une directive du ministre dans une disposition de la *LPSR*.

Une approche collaborative interdisciplinaire de l'exercice de la psychothérapie par les ordres professionnels est fondamentale pour la protection de l'intérêt du public et pour veiller à ce que les personnes qui requièrent des services de psychothérapie puissent bénéficier de l'aide de praticiens compétents dans un éventail de domaines.

L'une des considérations cruciales est le besoin de sensibiliser le public, notamment en ce qui concerne la façon de trouver un praticien compétent, les droits des clients et la marche à suivre pour déposer une plainte contre un praticien. Une campagne de sensibilisation du public sur le processus menant à la réglementation sera essentielle pour les praticiens et le public.

12. Recommandations

Le CCRPS présente les recommandations suivantes au ministre.

1. Que la psychothérapie et les psychothérapeutes soient réglementés aux termes de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées (LPSR)*.

2. Que soit formé un Ordre des psychothérapeutes de l'Ontario (College of Psychotherapists of Ontario).

3. Que soit défini dans la *LPSR* un champ d'exercice légal, que ce champ restreigne l'exercice de la psychothérapie à certains professionnels réglementés et qu'une exemption pour certaines activités soit prévue de la manière suivante :

   (1) La psychothérapie consiste en une ou plusieurs interventions psychologiques pratiquées dans le cadre d'une relation thérapeutique pour le traitement de perturbations cognitives, affectives ou comportementales.

   (2) Seules peuvent s'engager dans les activités définies au paragraphe (1) les personnes qui sont membres en règle de l'Ordre ou de l'un des ordres professionnels suivants et qui ont satisfait aux exigences propres à l'exercice de la psychothérapie établies par celui dont elles relèvent : l'Ordre des psychologues de l'Ontario, l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, l'Ordre des travailleurs sociaux et des techniciens en travail social de l'Ontario, et l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario.

   (3) La *LPSR* ne s'applique pas aux conseillers fournissant des renseignements, des encouragements, des conseils ou des instructions portant sur des questions affectives, sociales, éducatives ou spirituelles.

   (4) Nonobstant le paragraphe (3), le traitement qui déborde les limites de la consultation ne devrait pas faire l'objet d'une exemption.

4. Que le conseil de l'Ordre des psychothérapeutes compte :
   a) de six à neuf membres élus conformément aux règlements de l'Ordre;
   b) de cinq à huit personnes nommées par le lieutenant-gouverneur en conseil et non membres de l'Ordre, d'un autre ordre professionnel ou du conseil aux termes de la *LPSR*.

5. Que le conseil de l'Ordre des psychothérapeutes établisse un comité consultatif composé de membres représentant l'Ordre des psychologues de l'Ontario, l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, l'Ordre des travailleurs sociaux et des techniciens en travail social de l'Ontario, ainsi que l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario.

6. Que le conseil élise annuellement une présidente ou un président ainsi qu'une vice-présidente ou un vice-président parmi ses membres.

7. Que chaque membre de l'Ordre des psychothérapeutes qui exerce la psychothérapie ou réside en Ontario et qui s'acquitte à temps de ses cotisations annuelles soit autorisé à participer à l'élection du conseil.

8. Que l'utilisation du titre « psychothérapeute » soit réservée aux membres de l'Ordre, ainsi qu'aux membres de l'Ordre des psychologues de l'Ontario, de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, de l'Ordre des travailleurs sociaux et des techniciens en travail social de l'Ontario et de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario qualifiés pour exercer la psychothérapie.

9. Que les personnes qui ne sont pas membres de l'Ordre ou membres de l'Ordre des psychologues de l'Ontario, de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, de l'Ordre des travailleurs sociaux et des techniciens en travail social de l'Ontario et de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario mais qui exercent la psychothérapie ne se présentent pas comme étant qualifiées pour exercer la psychothérapie en Ontario.

10. Que le lieutenant-gouverneur en conseil, sur recommandation du ministre, nomme pour une période de trois ans un conseil de transition, une présidente ou un président ainsi qu'une vice-présidente ou un vice-président.

11. Que le conseil de transition soit composé : d'une présidente ou d'un président ainsi que d'une vice-présidente ou d'un vice-président; de six à neuf praticiens actuellement non réglementés et exerçant la psychothérapie; de quatre à six personnes nommées par l'Ordre des psychologues de l'Ontario, l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, l'Ordre des travailleurs sociaux et des techniciens en travail social de l'Ontario et l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario; et de cinq à huit personnes autres que des praticiens actuellement non réglementés exerçant la psychothérapie et autres que des personnes membres d'un ordre professionnel réglementé ou du conseil aux termes de la *LPSR*.

12. Que le conseil de transition ait le pouvoir de nommer un registrateur, et que le registrateur et les comités du conseil aient le pouvoir d'accepter et de traiter les demandes de certificat d'inscription, de facturer des droits de demande et d'émettre les certificats d'inscription.

13. Que le conseil de transition, ses employés et ses comités aient le pouvoir de prendre toute mesure nécessaire ou souhaitable en attendant l'établissement du conseil de l'Ordre.

14. Qu'au moment de la nomination de ses membres, le conseil de transition élabore d'emblée :

    (a) une liste des psychothérapeutes actuellement non réglementés, sur laquelle figureront notamment le nom des personnes qui exercent la psychothérapie, leurs études et leur formation, les pratiques de facturation, ainsi que la forme de psychothérapie exercée par chaque personne inscrite;

(b) des exigences minimum élevées pour l'exercice de la psychothérapie;

(c) des normes générales pour l'exercice de la psychothérapie;

(d) des programmes d'assurance de la qualité pour la psychothérapie;

(e) les normes en matière d'études et d'équivalences requises aux fins de l'inscription des praticiens actuellement non réglementés.

15. Que le ministre de la Santé et des Soins de longue durée et le ministre des Services sociaux et communautaires, aux termes de l'alinéa 5 (1) d) de la *LPSR* et de l'article 11 de la *Loi de 1998 sur le travail social et les techniques de travail social* respectivement, exigent de l'Ordre des psychologues de l'Ontario, de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, de l'Ordre des travailleurs sociaux et des techniciens en travail social de l'Ontario et de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario qu'ils établissent des exigences minimum élevées et des normes générales pour l'exercice de la psychothérapie dans le cadre des professions qu'ils régissent.

16. Que si, de l'avis des ministres susnommés, l'un ou plusieurs des ordres précités manquent à leur obligation d'établir les exigences décrites précédemment et qu'ils ne mettent pas en place les mécanismes nécessaires pour en assurer l'application et l'observation dans le délai précisé par les ministres dans leurs directives, les exigences établies par l'Ordre des psychothérapeutes soient réputées applicables.

17. Que sous réserve de l'approbation du lieutenant-gouverneur en conseil et avec l'examen préalable du ministre, le conseil de l'Ordre des psychothérapeutes de l'Ontario soit autorisé à prendre des règlements :

- prescrivant des exigences minimum élevées pour l'exercice de la psychothérapie;
- prescrivant et gouvernant les thérapies comportant l'exercice de la profession et interdisant d'autres thérapies;
- exemptant les modalités qui ne concernent pas l'exercice de la psychothérapie;
- ajoutant des titres réservés;
- concernant toute question se rapportant soit à la profession de psychothérapeute ou à l'exercice de la psychothérapie, soit à ces deux domaines.

18. Que des modifications complémentaires soient apportées à la *Loi de 1991 sur les infirmières et infirmiers*, à la *Loi de 1991 sur les médecins*, à la *Loi de 1991 sur les psychologues* et à la *Loi de 1998 sur le travail social et les techniques de travail social*.

RÉGLEMENTATION DES PRÉPOSÉS AUX SERVICES DE SOUTIEN À LA PERSONNE

Question du ministre

L'honorable George Smitherman, ministre de la Santé et des Soins de longue durée, a demandé l'avis du Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé (CCRPS) sur la réglementation des préposés aux services de soutien à la personne. Il a confié au CCRPS la tâche suivante :

> Étudier la portée du travail effectué par les préposés aux services de soutien à la personne et formuler des recommandations préliminaires [sur la question de] savoir si la totalité ou une partie de ces services justifierait une réglementation des préposés aux services de soutien à la personne en vertu de la *LPSR* [*Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*][1].

Réponse du CCRPS

Quelque 100 000 Ontariennes et Ontariens sont préposés aux services de soutien à la personne, et leur travail est varié. Nombre d'entre eux aident aux activités de la vie quotidienne telles que les tâches ménagères, la lessive, et les soins personnels comme le bain. D'autres, cependant, dispensent des soins de santé et accomplissent notamment des actes autorisés, sous la supervision de professionnels réglementés. Les préposés aux services de soutien à la personne ne sont pas autorisés à entreprendre ou à dispenser des soins de santé de leur propre chef; au contraire, ils doivent suivre un plan de soins élaboré précisément pour le patient ou le client et dispenser les soins qui y sont prévus sous la supervision d'un professionnel réglementé.

La diversité des milieux de travail, en l'occurrence les établissements de soins de longue durée, les résidences privées, les maisons de retraite et les hôpitaux, où l'on constate différents degrés de supervision et des normes incohérentes, de même que la complexité croissante des cas et la vulnérabilité de la clientèle, sont autant d'éléments qui compliquent la réponse à la question du ministre. Environ 20 pour cent des préposés aux services de soutien à la personne ont reçu leur formation officielle dans des collèges communautaires et d'enseignement professionnel ou dans le cadre de programmes de formation continue offerts par l'entremise de conseils scolaires, tandis que les autres ont reçu une formation en cours d'emploi, ce qui a engendré des compétences inégales au sein de ce groupe professionnel.

[1] Lettre du ministre, 7 février 2005

Les préposés aux services de soutien à la personne sont une composante essentielle de la prestation des soins à domicile, des soins de longue durée et des autres services de santé communautaire. La disparité de la main-d'oeuvre, du financement des services et des questions touchant la sécurité des patients doit être prise en compte dans l'étude de la demande présentée par le ministre. Le CCRPS a terminé l'étape initiale des travaux entrepris en réponse à cette demande et présentera ses recommandations finales en septembre 2006.

1. Approche adoptée par le CCRPS pour aborder la question

Le CCRPS a abordé la demande du ministre dans le cadre d'un projet en deux étapes.

La première étape consistait à étudier la portée du travail exécuté par les préposés aux services de soutien à la personne. Il a fallu examiner la taille et la composition des effectifs, l'éventail des tâches et des services dans divers milieux, ainsi que les programmes d'études et de formation préalables à l'embauche au poste de préposé aux services de soutien à la personne. Cette étape a fourni une première vue d'ensemble des préoccupations liées au travail des préposés aux services de soutien à la personne; elle a également permis de débattre de la nécessité d'instaurer une réglementation, de déterminer si la réglementation actuelle était adéquate ou non et de discuter d'éventuelles solutions de rechange.

La seconde étape suit son cours. Elle comporte une vaste consultation publique qui sera suivie d'une analyse plus détaillée de la portée du travail des préposés aux services de soutien à la personne et de leur supervision, ainsi que d'une évaluation du bien-fondé de la réglementation dans certaines circonstances. En particulier, le CCRPS demande l'avis même des préposés aux services de soutien à la personne, ainsi que celui des patients et des clients qui utilisent leurs services. Cette seconde étape s'achèvera au début de l'été 2006 et sera suivie d'une recommandation précise à l'adresse du ministre.

1.1 Processus de consultation

Les intéressés ont d'abord été invités à participer à des entrevues préliminaires afin de mettre la question en contexte et de fournir différentes perspectives sur les préposés aux services de soutien à la personne. Les parties interviewées ont été choisies parmi les plus représentatives de ce groupe professionnel, à savoir : des organisations et des associations de fournisseurs de services; des consommateurs; des établissements d'enseignement et de formation; des organismes de soutien aux personnes atteintes de certaines maladies; des associations militantes; des ordres représentant des professions réglementées; des associations de professionnels de la santé; des organisations syndicales; ainsi que des groupes représentatifs des préposés aux services de soutien à la personne.

Les renseignements obtenus illustraient l'expérience de chaque organisation et contenaient des données démographiques, ainsi que des précisions sur le rôle et les responsabilités des préposés aux services de soutien à la personne, leur milieu de travail, les études requises, les lignes directrices gouvernant leur travail, le profil des clients, ainsi que les problèmes auxquels sont confrontés les membres de cette profession. Certains des premiers commentaires reçus concernaient la mesure dans laquelle ce secteur est déjà réglementé et les domaines dans lesquels des mesures supplémentaires pourraient être utiles ou non.

Des ateliers ont été organisés afin de contribuer à l'élaboration d'un guide de discussion qui a été diffusé notamment sur le site Web du CCRPS et auquel le public, différentes organisations et d'autres intéressés ont été invités à répondre. Le guide de discussion mettait en relief les questions concernant le risque de préjudice, l'évolution des conditions de travail, la variation de la portée du travail, les problèmes de ressources humaines, ainsi que l'éducation et la formation.

Le CCRPS a reçu 43 observations écrites d'employeurs, de professions de la santé réglementées, de consommateurs, d'éducateurs et de personnes représentant des groupes d'intérêt et des groupes d'intervention. De plus, 32 entrevues ont été menées auprès d'experts sur divers sujets liés à ce domaine.

Ces activités ont permis de recueillir une rétroaction valable sur les questions qui, de l'avis des principaux intervenants, soulevaient certaines inquiétudes. Les observateurs ont fait des remarques sur :

- le rôle des préposés aux services de soutien à la personne et le travail qu'ils font;
- le risque de préjudice pour les patients ou les clients;
- les dispositions législatives actuelles qui ont des répercussions sur les préposés aux services de soutien à la personne, leurs employeurs et les établissements où ils travaillent;
- les solutions de rechange à la réglementation dans le cadre de la *LPSR*.

Un examen de la situation ailleurs qu'en Ontario et de la littérature actuelle a également été entrepris. Des données concernant la Nouvelle-Écosse, les États-Unis, le Royaume-Uni et l'Australie ont été examinées et analysées afin de déterminer comment on avait procédé, dans ces régions, pour réglementer des travailleurs du même type que les préposés aux services de soutien à la personne. Enfin, d'autres leçons ont été tirées de l'expérience de certains territoires où diverses mesures avaient été prises en matière de réglementation. Des discussions ont été menées avec des représentants de la Nouvelle-Écosse pour tâcher de comprendre les démarches entreprises là-bas pour normaliser la formation des travailleurs du même type que les préposés aux services de soutien à la personne.

2. Contexte

Auparavant, les préposés aux services de soutien à la personne étaient connus, en autres, sous les désignations suivantes : aide soignant; aide à la personne; aide de maintien à domicile; aide aux soins de relève; aide aux soins palliatifs; aide aux soins de soutien. Ces titres définissaient de manière plus précise le travail exécuté par les personnes que l'on désigne à présent de manière générale par le terme « préposé aux services de soutien à la personne ».

En 2004, le ministère de la Formation et des Collèges et Universités (MFCU) a publié les résultats d'apprentissage pour la formation professionnelle, les aptitudes génériques et la formation générale. Selon le préambule des résultats d'apprentissage pour la formation professionnelle :

> Les préposés aux services de soutien [à la personne] sont des prestataires de soins de santé dont la profession n'est pas réglementée. Ils travaillent sous la direction d'un superviseur ou de professionnels des soins de santé réglementés ou, dans le contexte des soins de soutien, sous la direction de leurs clients. Ils fournissent des soins personnels clairement définis, aident aux activités de la vie quotidienne, et offrent des services de gestion domestique dans le cadre des politiques, des méthodes et des plans de services et de soins établis. Les préposés aux services de soutien [à la personne] ont la responsabilité, à l'égard de leurs clients et de leurs employeurs, de fournir des soins personnels et des services généraux et de gestion domestique de qualité. En confiant des travaux à des personnes ayant complété un certificat, les employeurs, les superviseurs et les membres des professions de la santé réglementées tiennent compte de la situation de chaque client en fonction de l'état de santé du client, du travail à accomplir, des risques associés à la tâche et des soutiens en place nécessaires pour réaliser le travail de façon sécuritaire et compétente. En s'acquittant des fonctions qui leur ont été attribuées, les préposés ont la responsabilité d'appliquer de façon sécuritaire et compétente les plans de soins et de services, de suivre les directives verbales et les instructions écrites, et de respecter les politiques et méthodes établies. Les préposés aux services de soutien [à la personne] ne peuvent accomplir un acte régi par la [*Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*], à moins que cet acte ne lui soit précisément délégué par un professionnel de la santé qui, en prenant cette décision, a suivi les lignes directrices décrétées spécifiquement par son organisme de réglementation[1].

Cette définition, ainsi que les programmes d'études qui en font partie, englobe de nombreux aspects du travail des préposés aux services de soutien à la personne, y compris l'aide aux activités de la vie quotidienne et la prestation directe de services de santé de première ligne.

---

[1] Cahier des normes pour le programme : Préposé aux services de soutien personnels, MFCU, décembre 2004.

2.1 Main-d'oeuvre

Selon les renseignements recueillis auprès de différentes sources, tels des rapports d'établissements de soins de longue durée, des sites Web d'employeurs et d'associations ainsi que des études pertinentes, on dénombre environ 100 000 personnes actuellement employées comme préposées aux services de soutien à la personne en Ontario, dont certaines peuvent travailler sous différents titres, comme celui d'aide soignant ou de fournisseur de soins personnels. Et puisque les préposés aux services de soutien à la personne sont embauchés par le secteur privé et donc difficiles à retracer, le nombre effectif de préposés aux services de soutien à la personne pourrait dans les faits être plus élevé.

Par ailleurs, les données de Santé Canada révèlent que ce secteur connaît une croissance rapide et un faible taux de chômage. Il emploie essentiellement un grand nombre de nouveaux immigrants dont la langue seconde est l'anglais, ainsi que des personnes possédant un moins haut niveau de formation régulière. D'ailleurs, la majorité des préposés aux services de soutien à la personne n'ont pas suivi de programme de formation officiel. Certains mettent à profit l'expérience de travail acquise dans des professions connexes, d'autres une formation aux soins de santé reçue à l'étranger. Beaucoup reçoivent une formation en cours d'emploi offerte par leurs employeurs ou par des organismes à but non lucratif.

En Ontario, quelque 57 000 préposés aux services de soutien à la personne sont employés dans des établissements de soins de longue durée, où ils fournissent l'essentiel des soins directs dispensés aux personnes ayant des besoins particuliers en soins personnels et de soutien. Les trois quarts travaillent à temps plein, et la proportion de femmes dans ce secteur est de près de 90 pour cent. Les clients peuvent avoir besoin de soins liés à une maladie chronique ou à une démence.

Près de 24 000 préposés aux services de soutien à la personne travaillent dans les soins à domicile en Ontario. Soixante-trois pour cent sont employés à temps plein et 92 pour cent sont des femmes.[3] D'après une étude récente, bon nombre ont pris un arrangement selon lequel ils peuvent choisir de travailler ou non, ce qui leur permet de choisir leurs heures de travail sans toutefois avoir droit à une indemnité de licenciement ni à des congés payés. Certains préfèrent ces horaires souples, alors que d'autres cumulent plusieurs emplois pour obtenir le nombre d'heures souhaité[4].

---

[3] Emploi-avenir Ontario. 6471 Aides familiaux, aides de maintien à domicile et personnel assimilé. Gouvernement de l'Ontario. www1.on.hrdcdrhc.gc.ca/ojf/ojf.jsp?lang=e&section=Profile&noc=6471.
[4] Réalisons le potentiel des soins à domicile, rapport adressé au ministre de la Santé et des Soins de longue durée, 2005.

2.2 Que font les préposés aux services de soutien à la personne?

Il n'existe pour le rôle des préposés aux services de soutien à la personne aucune définition reconnue universellement. Cette profession est souvent définie dans les descriptions de poste consignées aux dossiers des employeurs, descriptions qui varient selon le secteur et le milieu de travail. Le terme qui la désigne peut également découler de la formation scolaire que le travailleur a reçue, une qui implique qu'il a suivi un programme de formation de préposé aux services de soutien à la personne. Plusieurs profils ont été fournis, entre autres les suivants :

- [traduction] Les préposés aux services de soutien à la personne sont des soignants qui aident à dispenser les soins journaliers nécessaires aux personnes qui subissent les effets du vieillissement, d'une blessure ou d'une maladie. Les préposés aux services de soutien à la personne travaillent sous la direction d'une infirmière autorisée ou d'une infirmière auxiliaire autorisée.[3] [Ils peuvent] prêter assistance au personnel infirmier, hospitalier ou médical.[4]

- Les préposés aux soins personnels fournissent des soins de qualité, une aide et des services de soutien au domicile des personnes qui en ont besoin, lorsqu'elles en ont besoin. Leurs tâches varient selon la situation[5].

- Les préposés aux services de soutien à la personne…fournissent des soins de longue durée et un soutien aux patients et aux clients. Les responsabilités professionnelles comprennent les soins personnels, des tâches ménagères, les courses et des services de compagnie. Les capacités des préposés aux services de soutien à la personne sont essentielles au bien-être, au confort, à la sécurité et à la santé des personnes qu'ils soutiennent[6].

- Le maintien à domicile vise plus qu'à aider les personnes dans le besoin. Il est fait pour alléger les pressions exercées sur nos hôpitaux, nos établissements de soins de longue durée, le personnel de la santé et les budgets provinciaux et territoriaux[7].

---

[3] Ontario Network for Internationally Trained Professionals Online. *Personal Support Worker*. www.onip.ca/article/8/.
[4] Emploi-avenir Ontario. *3413 Aides-infirmiers, aides soignants et préposés aux bénéficiaires*. Gouvernement de l'Ontario. www1.on.hrdcdrhc.gc.ca/ojf/ojf.jsp?lang=e&section=Profile&noc=3413.
[5] Consortium canadien des carrières. *Aide à domicile ou aide soignante*. www.careercc.org/careerdirections/eng/e_oc_dwn.asp?ID=97&Alpha=No.
[6] Association des hôpitaux de l'Ontario. Health Care Job Descriptions. www.oha.com/client/OHA/OHA_LP4W_LND_WebStation.nsf/page/Health+Care+Job+Descriptions.
[7] Association canadienne de soins et services communautaires. Étude nationale sur la main-d'oeuvre du secteur des soins à domicile. 1995.

2.3 Rôle des préposés aux services de soutien à la personne

Les préposés aux services de soutien à la personne offrent des services et des soins directs aux malades hospitalisés, aux pensionnaires d'établissements de soins de longue durée, de foyers de groupe et de maisons de retraite, ainsi qu'aux locataires de logements avec services de soutien, en plus d'aider des personnes à domicile. Ils travaillent auprès de clients présentant des affections et des besoins en soins de santé variés. Les services peuvent être fournis sur une base temporaire ou continue.

Au nombre des tâches qu'accomplissent les préposés aux services de soutien à la personne, citons les suivantes :

- **activités (ordinaires) de la vie quotidienne** – soins personnels (bain, alimentation, habillage, toilette), transfert (accompagnement), légers travaux ménagers et garde d'enfants;

- **activités instrumentales de la vie quotidienne** – planification du menu, courses, préparation des repas, services de transport ou d'accompagnement des clients, aide aux activités éducatives et récréatives;

- **soins cliniques** – prise de la tension artérielle du client, de sa température ou de son pouls, ou prélèvement d'échantillons;

- **actes délégués** – administration de suppositoires, irrigations du côlon, lavements, ou traitements médicamenteux; tenue d'inventaire; et supervision de l'exercice physique .The variation in these functions demonstrates a clear difference between personal care, home support and health-care functions[10].

La variation de ces tâches révèle une distinction nette entre les soins personnels, le maintien à domicile et les fonctions liées aux soins de santé.

La variation du milieu de travail, elle, contribue à la complexité de la classification des préposés aux services de soutien à la personne. Les différences dans la fourniture des soins de santé et des mesures de soutien à domicile ainsi que dans le profil des clients ont également un retentissement sur le rôle des préposés aux services de soutien à la personne. Les mises en congé de plus en plus hâtives dans les hôpitaux peuvent exacerber les besoins des bénéficiaires de soins à domicile et accroître la complexité des services qu'il faut leur dispenser. Dans les établissements de soins de longue durée, on s'intéresse de plus en plus à la gestion des maladies chroniques et aux démences.

[10] Emploi-avenir Ontario. *3413 Aides-infirmiers, aides soignants et préposés aux bénéficiaires*. Gouvernement de l'Ontario. www1.on.hrdcdrhc.gc.ca/ojf/ojf.jsp?lang=e&section=Profile&noc=3413.

Soins de longue durée

Les pensionnaires d'établissements de soins de longue durée ont particulièrement besoin de soins personnels et de mesures de soutien qui peuvent inclure la gestion d'une maladie chronique, la gestion de leurs médicaments ou le traitement d'une démence. Dans ce milieu, la portée du travail des préposés aux services de soutien à la personne comprend l'aide aux activités de la vie quotidienne, les loisirs, la marche et des actes délégués liés aux soins infirmiers.

L'âge moyen des pensionnaires d'établissements de soins de longue durée est de 75 ans, et bon nombre requièrent des soins de santé en permanence. La grande diversité observée chez les pensionnaires de ces établissements appelle également un ensemble de compétences plus diversifié chez les préposés aux services de soutien à la personne.

La majorité des préposés aux services de soutien à la personne travaillant dans des établissements de soins de longue durée ont obtenu un certificat d'un collège communautaire. Une formation complémentaire est généralement offerte par l'employeur. Étant donné que nombre de ces travailleurs sont syndiqués, le traitement horaire peut aller de 14,85 $ pour les préposés aux services de soutien à la personne sans diplôme, à 15 $ pour les titulaires d'un certificat.

En Ontario, une multitude de règlements, de normes et de mesures législatives ont un impact sur les établissements de soins de longue durée. De nouveaux systèmes d'évaluation clinique ont été mis en place récemment.

Soins communautaires à domicile

Il existe trois grandes catégories d'employeurs dans le secteur des soins communautaires à domicile.

Centres d'accès aux soins communautaires

Un nombre considérable de préposés aux services de soutien à la personne dispensant des soins à domicile sont employés par des organismes qui fournissent des services à contrat pour les centres d'accès aux soins communautaires (CASC). Ces organismes embauchent des préposés aux services de soutien à la personne qui travaillent au domicile des clients, où leurs fonctions consistent principalement à aider ces derniers à accomplir des activités ordinaires et instrumentales de la vie quotidienne et à leur dispenser des soins personnels et cliniques adaptés à leurs besoins. La clientèle est très variée. Le nombre de clients issus d'établissements de soins actifs augmente du fait que ceux-ci bénéficient d'un suivi des soins ambulatoires et que les hôpitaux accélèrent la mise en congé de leurs patients. La clientèle est nombreuse à avoir besoin de soins continus pour gérer une affection chronique, et elle se répartit dans tous les groupes d'âge. Environ 25 000 préposés aux services de soutien à la personne dispensent des soins à domicile sous la direction d'un CASC.

Organismes de soutien communautaire

Les organismes de soutien communautaire embauchent surtout les préposés aux services de soutien à la personne pour offrir des services aux personnes âgées et aux personnes ayant un handicap physique. Le rôle des préposés aux services de soutien à la personne varie selon le mandat de l'organisme, ce dernier fournissant tantôt une aide à domicile, tantôt des soins de relève.

Dans tous les cas, les préposés aux services de soutien à la personne peuvent être appelés à fournir une aide aux activités ordinaires et instrumentales de la vie quotidienne. Compte tenu de la diversité de ces organismes, il est difficile de déterminer combien de préposés aux services de soutien à la personne ils emploient mais on estime ce nombre à 10 000.

Organismes fournissant des services d'auxiliaires

Les organismes qui fournissent des services d'auxiliaires emploient également des préposés aux services de soutien à la personne. Ces organismes administrent surtout les services d'auxiliaires à domicile et les programmes d'aide à la vie autonome pour les adultes handicapés qui occupent un logement avec services de soutien. Ils participent également au Programme de financement direct offert en Ontario.

Les auxiliaires peuvent aider les clients dans leurs activités ordinaires et instrumentales de la vie quotidienne et leurs soins personnels, mais leur relation avec leurs clients s'appuie sur un modèle de vie autonome, non pas sur un modèle de soins de santé. Les clients qui participent au Programme de financement direct embauchent personnellement leurs auxiliaires et dirigent eux-mêmes leurs activités. Les auxiliaires qui travaillent suivant ces modalités peuvent exécuter des actes autorisés en vertu de l'exemption prévue par la loi sans devoir attendre que ces actes leur soient délégués par un professionnel de la santé réglementé. À l'heure actuelle, 700 personnes bénéficient en Ontario d'une aide financière par l'intermédiaire du Programme de financement direct.

La majorité des préposés aux services de soutien à la personne qui travaillent dans le secteur des soins communautaires à domicile sont titulaires d'un certificat d'études collégiales ou possèdent une expérience des soins dirigés par les clients. Une formation complémentaire leur est souvent offerte par leurs employeurs pour les aider à répondre aux besoins particuliers des clients.

Le secteur des soins à domicile connaît un fort roulement de ses ressources humaines, en raison de l'irrégularité des horaires de travail et d'une rémunération inférieure à celle que touchent les préposés aux services de soutien à la personne qui travaillent dans des hôpitaux de soins actifs ou des établissements de soins de longue durée. Les préposés aux services de soutien à la personne font souvent du travail d'équipe divisé et cumulent plusieurs emplois. Le taux de rémunération horaire va de 11,50 $ à 15,20 $ selon la situation géographique.

Hôpitaux

Les préposés aux services de soutien à la personne travaillent en milieu hospitalier, essentiellement dans les services de réadaptation et les services de soins continus complexes, et ils sont généralement désignés par le terme « aides soignants ». Dans ces milieux, les préposés aux services de soutien à la personne ont pour rôle de faciliter l'accomplissement des activités de la vie quotidienne et d'aider les patients à retrouver une certaine mobilité. Il existe actuellement 6 115 préposés aux services de soutien à la personne travaillant dans 157 hôpitaux ontariens. Vu la rémunération qu'ils peuvent leur offrir (de 17,23 $ à 18,36 $ l'heure), les hôpitaux recrutent souvent les préposés aux services de soutien à la personne employés dans d'autres milieux. En 2005, le taux de roulement des préposés aux services de soutien à la personne dans les hôpitaux se situait à 6,9 pour 100[11].

Autres employeurs

Les préposés aux services de soutien à la personne sont parfois employés personnellement par des clients qui vivent en maison de retraite, en foyer de groupe ou ailleurs. Dans ces milieux, les salaires sont versés directement par les clients ou subventionnés par d'autres programmes de financement, comme celui du ministère des Affaires des anciens combattants. Les clients qui utilisent ces services ont besoin d'aide pour les activités ordinaires et instrumentales de la vie quotidienne, les travaux domestiques (comme la lessive, le ménage et l'entretien d'un terrain), ainsi que les activités récréatives et sociales. Dans ce contexte, les soins de santé ne sont pas le premier objectif des services dispensés. Compte tenu du nombre et de la variété de milieux, il est difficile d'établir le nombre de préposés aux services de soutien à la personne employés dans ce secteur et leurs taux de rémunération.

2.4 Études et formation

Ordinairement, les préposés aux services de soutien à la personne se préparent à l'emploi de deux façons, en suivant une formation en cours d'emploi (offerte par l'employeur)[12] ou un programme dispensé en classe par un collège communautaire, un conseil de l'éducation, un collège privé ou un organisme à but non lucratif.

Formation en cours d'emploi

La plupart des employeurs fournissent une orientation et une formation ou un cours de perfectionnement adapté aux besoins particuliers de leurs clients. Les employeurs subventionnent parfois les employés qui se perfectionnent dans le cadre d'un programme d'enseignement régulier. D'autres préposés aux services de soutien à la personne s'inscrivent dans un programme d'études à temps partiel tout en travaillant à mi-temps. Une vaste proportion de préposés aux services de soutien à la personne

[11] Pour les préposés aux services de soutien à la personne employés à temps plein ou à temps partiel par un hôpital.
[12] Peut comprendre l'acquisition de compétences de base et l'acquisition de compétences progressives.

ont reçu une formation en cours d'emploi proposée par leur employeur, soit dans le cadre d'une formation sur le tas, soit dans le cadre de programmes réguliers offerts par des organismes de santé non gouvernementaux. Par exemple :

- l'Association canadienne du diabète (ACD) dispense des programmes en cours d'emploi aux préposés aux services de soutien à la personne qui travaillent dans des établissements de soins de longue durée;

- le Oaklands Regional Centre (situé à Oakville, en Ontario) favorise le perfectionnement des compétences en offrant des cours complémentaires de niveau collégial en pharmacologie, en modification du comportement et en planification de programmes afin d'aider au soin des adultes ayant une déficience développementale.

L'étude intitulée *Engagement en matière de soins*, menée récemment, recommande une formation obligatoire pour les préposés aux services de soutien à la personne travaillant dans le secteur des soins de longue durée. Le personnel devrait au minimum être formé de façon à développer ses aptitudes à la communication et à comprendre les besoins des personnes âgées, les mauvais traitements, la démence et les soins palliatifs[13].

Collèges communautaires

En 1997, le programme de formation de préposés aux services de soutien à la personne réunissait et remplaçait cinq cours de formation aux soins à domicile[14]. En 2005, le ministère de la Formation et des Collèges et Universités (MFCU) a revu ses normes de 1997 pour les programmes formant des préposés aux services de soutien à la personne.

Le programme de formation des préposés aux services de soutien à la personne est offert dans 22 collèges communautaires. Ce programme est généralement réparti sur deux semestres (environ huit mois). Selon nos informations, il y a eu 2 272 étudiantes et étudiants diplômés de ce programme en 2002-2003, en Ontario. En moyenne, les diplômés ont consacré 384 heures à la théorie en classe[15] et 386 heures à l'acquisition d'une expérience pratique, pour un total de 770 heures de formation. Les personnes qui travaillent comme préposées aux soins personnels peuvent avoir terminé un programme de formation semblable à celui des préposés aux services de soutien à la personne mais de plus courte durée.

---

[13] Monique Smith. Engagement en matière de soins : Planification des soins à long terme en Ontario. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. 2003

[14] Ce programme a remplacé les programmes Soutien à domicile II et III, Aide soignant, Soins auxiliaires et Soins de relève, d'où le titre « Préposé aux services de soutien personnels ». Ontario Association of Community Care Access Centres, Ontario Community Support Association, Ontario Home Health Care Providers' Association: *The Role and Value of Homemakers/Personal Support Workers in the Health Care System*: A Discussion Paper. Novembre 2000.

[15] Les heures de théorie comprennent des éléments non professionnels qui concernent l'enseignement des compétences que Ressources humaines et développement social Canada a décrites comme étant obligatoires pour l'employabilité au Canada.

Collèges privés d'enseignement professionnel

Les collèges privés d'enseignement professionnel de l'Ontario sont supervisés par le MFCU et leurs programmes sont approuvés à condition de pouvoir démontrer qu'ils offrent le curriculum minimum obligatoire. Ils ne sont pas tenus de suivre les normes des programmes des collèges communautaires, mais des évaluations réalisées récemment révèlent que la plupart comportent tous les éléments de base. L'Association Nationale des Collèges Carrières (ANCC) propose un curriculum de base sur lequel les collèges d'enseignement professionnel peuvent s'appuyer pour mesurer leurs programmes, sans toutefois être tenus de le mettre en œuvre. Cent vingt et un collèges privés d'enseignement professionnel offrent à présent le programme de formation des préposés aux services de soutien à la personne. Le programme de l'ANCC est d'une durée d'environ 640 heures, dont 355 sont consacrées aux travaux pratiques et 285 à la théorie de l'apprentissage. Depuis 1998, quelque 17 000 diplômés du programme de formation des préposés aux services de soutien à la personne ont réussi l'examen final administré par l'ANCC[16].

Conseils de l'éducation

Vingt et un conseils de l'éducation offrent des cours de formation de préposé aux services de soutien à la personne dans le cadre de l'éducation permanente pour adultes. Ces cours comptent pour l'obtention du diplôme d'études secondaires. Chaque année, le Toronto District School Board forme à peu près 150 préposés aux services de soutien à la personne. Le Simcoe County School Board dispense un programme de formation de préposé aux services de soutien à la personne en liaison avec le Collège Georgian[17].

> [traduction]...Les programmes offerts par les conseils scolaires et les organismes à but non lucratif...forment annuellement plus de 2 300 préposés aux services de soutien à la personne – environ 40 pour cent du nombre total de personnes formées chaque année. Leur exclusion réduirait considérablement l'offre de préposés aux services de soutien à la personne.
>
> Ontario Community Support Association

Les conseils de l'éducation peuvent adhérer aux normes du programme de formation des préposés aux services de soutien à la personne ou choisir d'offrir le curriculum de l'Ontario Community Support Association élaboré avec le MSSLD et déployé en 1997.

En règle générale, les étudiantes et étudiants inscrits auprès d'un conseil de l'éducation passeront 540 heures en salle de classe et 270 heures à leur formation pratique.

---

[16] Association Nationale des Collèges Carrières. *About NACC*. www.nacc.ca/about.htm. Entretien avec la Direction des établissements privés du ministère de la Formation et des Collèges et Universités.

[17] Simcoe County District School Board. *School to Work and OYAP*. www.scdsb.on.ca/ programs/school_to_work.cfm.

2.5 National Association of Certified Personal Support Workers (NACPSW)

La NACPSW est une association à but non lucratif et à participation volontaire qui, d'un océan à l'autre, réunit quelque 5 000 préposés aux services de soutien à la personne. Elle a adopté un modèle d'autoréglementation volontaire et pris des mesures pour normaliser les qualifications de ses membres, qui doivent suivre un programme d'études approuvé, réussir un examen d'agrément et participer à des programmes de formation continue. Une vingtaine de collèges d'enseignement professionnel ont opté pour le curriculum de la NACPSW.

Pour en devenir membres, les préposés aux services de soutien à la personne doivent suivre un cours d'une durée de 1 000 heures comportant 14 modules. Les heures du programme sont réparties de manière égale entre la préparation scolaire et le travail en milieux communautaire et institutionnel. Le volet théorique prévoit des études générales comparables à celles des collèges communautaires, avec cours d'anatomie, de physiologie et étude des maladies. Trois semaines de travail, plus ou moins, sont supervisées. Il faut obtenir une note d'au moins 75 pour cent pour chacun des volets scolaire et appliqué. À la fin de l'examen normalisé, le membre est certifié par l'association[14].

Signalons que la NACPSW n'a pas demandé au ministre que la profession soit réglementée. Le CCRPS convient que la NACPSW commence à militer en faveur de la réglementation en tant qu'organisation volontaire mais il souligne qu'elle n'a pas encore rassemblé un groupe significatif de membres admissibles et qu'elle pourrait être confrontée à des difficultés semblables à celles qu'a éprouvées le CCRPS à identifier ses membres et à définir la portée de leur travail.

3. Facteurs soutenant la recommandation du CCRPS

Après examen des facteurs suivants, le CCRPS juge à propos de procéder à une plus vaste consultation et de discuter plus en détail du bien-fondé de la réglementation.

3.1 Risque de préjudice

Les préposés aux services de soutien à la personne exécutent différentes tâches essentielles et personnelles. Pour un client résidant à son domicile ou en établissement, ils sont souvent le principal auxiliaire ou soignant. Leurs clients peuvent être particulièrement vulnérables dans la mesure où ils sont fragiles ou âgés, frappés d'un handicap physique ou cognitif, ou en convalescence à la suite d'une maladie ou d'une blessure. La plupart de leurs patients n'ont pas besoin de soins dispensés en milieu hospitalier. Les préposés aux services de soutien à la personne travaillent sous la direction de leur employeur, d'un professionnel de la santé réglementé, du client ou d'un membre de la famille.

[14] National Association of Certified Caregivers/Personal Support Workers. Who Are We? www.nacpsw.org/

À domicile, particulièrement, la supervision immédiate peut être limitée et les préposés aux services de soutien à la personne risquent de ne pas pouvoir être conseillés rapidement en situation d'urgence. Si la qualité des soins est préoccupante, le client ou les membres de sa famille ne sauront peut-être pas comment signaler cet état de chose ou comment porter plainte, bien que la *Loi de 1994 sur les soins de longue durée* exige que les CASC, les organismes de soutien communautaire et les établissements de soins de longue durée dispensent des conseils sur le processus relatif aux plaintes. Plusieurs intervenants ont signalé que le fait que les plaintes soient adressées aux employeurs en pareils cas, crée un risque intrinsèque ou potentiel de conflit d'intérêt.

Les services offerts par certains préposés aux services de soutien à la personne intègrent à présent des fonctions auparavant assumées par d'autres personnes, notamment des professionnels de la santé réglementés. Si les préposés aux services de soutien à la personne ne sont pas suffisamment bien formés, les clients et les patients s'exposent au risque de subir un préjudice. Le préposé aux services de soutien à la personne peut être le seul soignant présent lorsque l'état d'un client ou d'un patient change, auquel cas son intervention peut avoir des répercussions immédiates.

Les personnes qui ont participé aux consultations du CCRPS ont fait remarquer que, selon les recherches, les personnes handicapées étaient plus susceptibles de subir des mauvais traitements que les personnes non handicapées du même âge et du même sexe[19, 20, 21]. Les mauvais traitements se présentent sous forme de violence physique, de harcèlement, de négligence ou d'exploitation financière. Il est démontré que ces mauvais traitements sont infligés au cours d'interactions avec les soignants[22].

> [traduction] Au cours des cinq dernières années, nous avons reçu plus de 400 communications qui concernaient des mauvais traitements infligés à des personnes handicapées. Les appels reçus provenaient en grande partie de personnes ayant subi un mauvais traitement dans le cadre de services dispensés par leur préposé aux services de soutien à la personne. Certaines des plaintes que nous avons entendues décrivaient les situations suivantes :
>
> - un préposé qui avait voulu transférer une personne de lit l'a laissée tomber et celle-ci s'est cognée et a donc souffert de contusions importantes;

---

[19] Liz Stimpson et Margaret Best, *Courage Above All: Sexual Assault Against Women with Disabilities* (Toronto : DisAbled Women's Network (DAWN), 1991). DAWN estime que 83 pour cent des femmes handicapées seront agressées sexuellement au cours de leur vie.

[20] Roeher Institute, Harm's Way: The Many Faces of Violence and Abuse against Persons with Disabilities (North York : Roeher Institute, 1995). Le Roeher Institute suggère que 60 pour cent des personnes handicapées sont susceptibles de subir une forme de violence pendant leur vie d'adulte.

[21] Doris Rajan, Violence Against Women with Disabilities – Overview Paper (Ottawa : ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2004), en ligne : Centre national d'information sur la violence dans la famille www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/familyviolence/pdfs/2005femdisable_e.pdf.

[22] Leslie Myers, Caregiver Abuse: A New Dimension to Services for Domestic Violence Agencies, *Independence First* 2003.

- on a dit à une autre personne qu'elle ne valait rien à cause de son handicap;

- on a laissé une autre personne au lit pendant plusieurs jours après qu'elle a refusé qu'on la transfère de lit.

ARCH Disability Law Centre[23]

Le centre ARCH ajoute : [traduction] « on peut affirmer avec quasi-certitude que les mauvais traitements impliquant…des préposés aux services de soutien à la personne sont trop souvent passés sous silence ». L'organisme a entendu dire maintes fois que les personnes vulnérables ne veulent pas déclarer officiellement les mauvais traitements, de peur de représailles telles que la répétition des mauvais traitements ou la perte de services. De plus, la crainte de représailles est exacerbée dans les milieux où le manque de personnel ou les règles qui gouvernent les lieux de travail syndiqués empêchent de remplacer un membre du personnel qui a infligé des mauvais traitements à quelqu'un.

3.2 Supervision

Les préposés aux services de soutien à la personne reçoivent un niveau de supervision qui varie considérablement d'un milieu à l'autre. Parfois, ils peuvent être supervisés par un professionnel de la santé réglementé, par exemple une infirmière autorisée, à qui il appartient de déterminer leur compétence avant de leur permettre ou de leur demander de fournir certains types de soins ou traitements. Si l'infirmière est convaincue des capacités du préposé qu'elle supervise, elle peut lui déléguer l'exécution d'un acte autorisé ou d'autres tâches telles que l'administration de médicaments ou le remplacement de pansements[24].

Cela dit, il arrive souvent que le préposé aux services de soutien à la personne travaille loin du professionnel de la santé dont il relève ou sous une supervision limitée. Le contact entre le préposé et son superviseur peut se limiter à la lecture de notes sur les progrès du client – en l'absence de ce dernier et loin de son milieu de vie. Le superviseur peut même ne pas avoir vu le client ou ne pas connaître les mesures particulières à prendre à l'égard des soins à lui dispenser. Très souvent, le préposé aux services de soutien à la personne ne participe pas au contrôle des progrès ou à l'élaboration du plan de soins; il peut d'ailleurs ne pas disposer de tous les renseignements qui lui serviraient de point de repère pour signaler un changement.

Les préposés aux services de soutien à la personne peuvent également être embauchés directement par un client ou un patient, sans supervision de la part d'un professionnel de la santé réglementé. En pareils cas, un préposé aux services de soutien à la personne peut dispenser à un patient des conseils ou des services qui devraient lui être fournis par une personne plus qualifiée.

---

[23] ARCH, observations adressées au CCRPS, 17 mars, p. 5.

[24] Ontario Association of Community Care Access Centres, Ontario Community Support Association, Ontario Home Health Care Providers' Association. The Role and Value of Homemakers/Personal Support Workers in the Health Care System. Ontario : OACCAC, 2004.

3.3 Qualifications

Les normes d'admission à la profession permettent d'instaurer la responsabilité et de gérer les risques, particulièrement dans les milieux où les clients peuvent être vulnérables.

Il n'y a pas de corpus de connaissances distinct qui soit propre au travail des préposés aux services de soutien à la personne et il existe d'importantes disparités dans les études et la formation de base au sein de la profession. Il existe, en Ontario, quatre modèles de programmes de formation régulière et il n'y a pas d'examen provincial d'entrée à la profession. Aucune autorité en matière d'agrément ne reconnaît le curriculum offert par divers fournisseurs de programmes de formation.

De nombreux employeurs n'exigent pas que les préposés aux services de soutien à la personne aient suivi une formation régulière mais ils peuvent leur offrir une formation en cours d'emploi ou juger par leurs antécédents professionnels de leur capacité à accomplir leur travail sans danger pour le patient. Les employeurs ont parfois de la difficulté à évaluer les compétences équivalentes des travailleurs ayant des antécédents professionnels différents ou possédant une expérience et une formation acquises ailleurs qu'en Ontario ou à l'étranger.

Les intéressés ont reconnu plusieurs lacunes dans les compétences des préposés aux services de soutien à la personne, notamment :

- un niveau inadéquat de compétences linguistiques et d'aptitudes au travail d'équipe et à la communication;
- une compréhension insuffisante de la croissance et du développement humains aux différentes étapes de la vie;
- une compréhension insuffisante des personnes handicapées;
- une connaissance insuffisante des problèmes particuliers rattachés à la prise en charge des personnes aux soins palliatifs ou atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'autres démences.

Corpus de connaissances

Dans l'examen des conseils adressés au ministre à propos de la réglementation des professionnels de la santé, le CCRPS cherche à déterminer si un corpus de connaissances distinct et systématique intervient dans l'évaluation et le traitement des clients ou patients d'un groupe professionnel donné ou dans les services qui leur sont dispensés. Les activités de base doivent pouvoir être identifiées comme un tout clair et intégré et doivent être largement reconnues comme telles au sein de la profession.

L'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario affirmait : [traduction] « Les préposés aux services de soutien à la personne n'exercent pas à l'intérieur d'un corpus de connaissances distinct et systématique mais suivent un plan clairement défini par l'employeur ou le superviseur »[25].

[25] Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, Response to Consultation Discussion Guide, mars 2006, p. 4.

> Les préposés aux services de soutien à la personne accomplissent leur travail selon un plan de soins élaboré par un fournisseur de soins réglementé. Ils n'établissent pas le plan de soins mais ils y donnent suite pour le bien du client. Les préposés aux services de soutien à la personne n'effectuent pas d'examens.

Selon d'autres observateurs, les préposés aux services de soutien à la personne s'occupent de consigner les progrès des patients et le superviseur est rarement disponible pour en discuter ou faire quelque commentaire; il n'est donc pas rare que les renseignements obtenus par les préposés aux services de soutien à la personne grâce à leur contact quotidien avec le patient ne soient pas pris en compte dans l'élaboration ou l'application du plan de soins. Il y a un monde entre l'élaboration d'un plan de soins et son exécution ou sa supervision. Si les préposés aux services de soutien à la personne n'effectuent pas d'examens, il est clair qu'ils observent les tendances, l'évolution et les besoins de la personne à qui ils dispensent des soins. Ils ont parfois peu d'assurance que leurs observations seront prises en compte.

3.4 Vie autonome pour les personnes handicapées

Les préposés aux services de soutien à la personne, tels qu'ils sont à présent définis, sont d'importants fournisseurs de services aux personnes handicapées qui mènent une vie autonome. Beaucoup de personnes handicapées affirment énergiquement que les exceptions actuelles à l'égard des activités de la vie quotidienne et de leur exclusion des dispositions de la *LPSR* régissant les actes autorisés, devraient être maintenues afin qu'elles puissent diriger librement leurs soins personnels et donner des instructions et des directives aux préposés aux services de soutien à la personne qui leur fournissent des services d'auxiliaires. Leur autonomie et leur indépendance devraient être telles que les personnes handicapées seront perçues non pas comme des patients ou de simples prestataires de services, mais comme des personnes qui ont un choix et qui ont voix au chapitre dans la manière dont sont comblés les besoins liés à leur handicap.

L'Ontario Community Support Association affirme que le risque associé aux tâches courantes des auxiliaires [traduction] « n'est généralement pas plus grand que celui que courrait le client s'il devait accomplir cette activité lui-même[26]. L'organisme Independent Living Service Providers fait remarquer que [traduction] « …cette exemption répond très bien aux besoins des employeurs et des clients d'auxiliaires depuis 1991 »[27].

À l'inverse, d'autres ont pensent que les personnes handicapées devraient avoir la certitude que les personnes qui leur dispensent des soins possèdent une formation adéquate et qu'il existe des recours pour les clients qui subissent des mauvais traitements ou reçoivent des soins qui s'écartent des normes établies.

---

26 OSCA, *Response to the CCRPS Discussion Guide Regarding Personal Support Workers*, mars 2006, p. 3.
27 Independent Living Service Providers, *Submission to CCRPS regarding the Regulation of Personal Support Workers*, mars 2006, p. 5.

3.5 Travail d'une complexité et d'une variabilité croissantes

Différents facteurs sont à l'origine de la complexité croissante du travail effectué par les préposés aux services de soutien à la personne. Des pénuries de professionnels de la santé réglementés ont amené les employeurs à confier aux préposés aux services de soutien à la personne des tâches d'une complexité qui va grandissante.

La demande accrue en services découle également du vieillissement de la population, du désir des clients de continuer à vivre à leur domicile aussi longtemps que possible et de la convalescence nécessaire après une mise en congé hâtive par l'hôpital. Les employeurs, notamment les établissements de soins de longue durée et les organismes au service des CASC, cherchent à embaucher plus de préposés aux services de soutien à la personne et élargissent la portée de leur travail. Par ailleurs, le CCRPS a appris que la pratique de prix concurrentiels par les organismes de prestation de services permettrait aux organismes employeurs de substituer des employés moins bien rémunérés, tels que les préposés aux services de soutien à la personne, aux travailleurs plus qualifiés et coûteux.

De nombreux intervenants ont souligné qu'il importait que les préposés aux services de soutien à la personne fournissent les services pour lesquels ils sont qualifiés et que leurs compétences soient égales aux tâches qui leur sont confiées.

3.6 Conclusions

Le CCRPS tire les conclusions suivantes : d'une part, les services de santé dispensés par les préposés aux services de soutien à la personne comportent un risque de préjudice; d'autre part, il faut procéder à une étude plus approfondie afin de déterminer si la supervision assurée par les professionnels de la santé réglementés et les employeurs est adéquate. Malgré les importants progrès réalisés ces dernières années dans le domaine des études et de la formation des préposés aux services de soutien à la personne, le CCRPS souhaite examiner d'autres moyens de normaliser davantage les éléments de base de leurs études et de leur formation et aussi déterminer si une spécialisation supplémentaire est nécessaire pour répondre aux besoins de plus en plus complexes en matière de soins.

En Ontario, on assiste actuellement à la naissance de quelques associations volontaires qui défendent la cause des préposés aux services de soutien à la personne. Leur leadership souhaite voir une réglementation mais confondent peut-être l'activité d'un organe de réglementation et le travail effectif d'une association militante volontaire. Dans son examen initial des questions du ministre concernant les préposés aux services de soutien à la personne, le CCRPS a reçu les observations d'employeurs, d'organismes et de professionnels mais n'a recueilli jusqu'à présent que peu d'informations lui venant directement des clients, des patients et des préposés aux services de soutien à la personne. Le CCRPS est convaincu que des renseignements en provenance de ces sources sont indispensables pour formuler des conseils à l'intention du ministre.

En ce qui concerne les services d'auxiliaires, le CCRPS n'est pas insensible aux arguments que lui ont présentés les personnes handicapées qui dirigent elles-mêmes leurs soins et qui disposent d'auxiliaires qui les aident à combler leurs besoins personnels. Pour ces personnes, la dignité, l'autonomie, le choix qui leur est donné en vertu de l'exception aux actes autorisés prévue dans la *LPSR*, est fondamental dans leur vie quotidienne. Aucune raison n'a été donnée au CCRPS de modifier cette disposition, qui a été enchâssée dans la *LPSR* en 1991 après un examen en profondeur et une vaste participation aux discussions qui avaient entouré ce sujet. En conséquence, le CCRPS présente au ministre la recommandation suivante :

1. Qu'aucune modification ne soit apportée à l'alinéa 29 (1) e) de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, qui exclut « l'aide prêtée à une personne dans l'accomplissement de ses activités de la vie quotidienne, si l'acte est un acte autorisé visé à la disposition 5 ou 6 du paragraphe 27 (2) ».

4. La question de la réglementation

Le CCRPS a découvert que les intervenants souhaitaient aborder la nécessité d'une certaine forme de réglementation pour au moins certaines catégories de préposés aux services de soutien à la personne. Un certain nombre de réponses aux questions posées dans le *Guide de discussion* du CCRPS ont présenté des solutions de rechange à une réglementation en vertu de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* en tant que mécanismes appropriés afin d'atténuer le risque de préjudice et de régler les autres sujets de préoccupation. D'autres ont soutenu les instruments de réglementation existants qui régissent le travail des préposés aux services de soutien à la personne ou leur lieu de travail.

4.1 Prévenir le risque de préjudice

Appliquer les pratiques exemplaires

Les employeurs ont proposé d'insister davantage sur les stratégies et les procédures de gestion visant à promouvoir l'excellence des soins de santé, notamment des enquêtes de satisfaction auprès de la clientèle, des processus officiels de dépôt de plainte, des visites planifiées et des vérifications ponctuelles des superviseurs. Ils suggèrent également d'améliorer l'analyse des besoins et de documenter les activités réalisées pour les clients (en prenant en compte divers risques), y compris une évaluation permanente et des mesures correctives le cas échéant. Il faut également encourager la rétroaction positive. Une politique de tolérance zéro à l'égard des mauvais traitements ainsi qu'une formation sur la reconnaissance de ceux-ci ont également été recommandées.

Créer des équipes

Les répondants ont exhorté les employeurs à mettre en œuvre des politiques encourageant la coopération entre les fournisseurs de soins au sein de leur organisme. L'introduction d'un modèle d'équipe intégrée et la coordination des services à la clientèle figurent parmi les exemples cités.

En outre, il a été recommandé que les employeurs soutiennent la participation des préposés aux services de soutien à la personne aux équipes soignantes, en reconnaissant leur rôle essentiel au sein de ces équipes et en proposant des directives claires et cohérentes, une charge de travail « réalisable » et une rémunération à la mesure des risques et de la formation associés à leur fonction.

Enfin, il a été proposé qu'en engageant du personnel de différentes disciplines (par exemple, infirmières et préposés aux services de soutien à la personne) auprès d'organismes uniques, les employeurs pourraient mieux promouvoir la continuité des soins par la collaboration.

4.2 Améliorer la supervision

Renforcer la responsabilisation de l'employeur

Selon de nombreux répondants, le risque de préjudice serait mieux géré par la mise en place de formations parrainées par l'employeur encourageant les employés à respecter des pratiques exemplaires. Ceci inclurait des soins dispensés aux patients en toute sécurité et dans le respect des principes éthiques. Condition préalable, les employeurs ont souhaité une augmentation des subventions pour les programmes et les superviseurs afin de surveiller le rendement.

> [traduction] « Un vaste dialogue doit être ouvert entre toutes les personnes impliquées dans la relation employeur-employé, y compris les clients, les avocats, les syndicats et les médiateurs, sur la création de pratiques exemplaires et l'application d'une politique de tolérance zéro à l'égard des mauvais traitements, problème qui est jugé être à la base de la question de la réglementation. »
>
> Independent Living Service Providers

Établir un point de comparaison

De nombreux répondants affirment qu'il importe particulièrement d'améliorer la supervision dans les milieux de soins communautaires. Cependant, ils soulignent que les degrés optimums de supervision en fonction de l'intensité des soins nécessités par le client restent à définir. Certains répondants ont donc recommandé une normalisation des exigences en matière de supervision afin d'éliminer les disparités entre les milieux de soins et les directives adoptées par les différents organismes de réglementation. Une fois encore, un apport de ressources a été considéré comme la première étape en vue de garantir des niveaux adéquats de supervision des préposés aux services de soutien à la personne par des membres d'une profession de la santé réglementée. La question des normes de délégation a également été abordée.

> [traduction] « L'Ordre soutient la mise en place de normes plus explicites pour les services publics de soutien à la personne qui répondraient aux attentes en matière de recrutement et de pratiques de supervision et qui couvriraient également les principes permettant de déléguer efficacement et en toute sécurité des actes autorisés aux préposés aux services de soutien à la personne. Des normes de

délégation doivent être définies en collaboration avec les organismes de réglementation compétents et l'adoption de mécanismes d'application doit être envisagée. »

The College of Dietitians of Ontario

4.3 Normalisation de la formation

Certaines parties prenantes ont souligné qu'une plus grande uniformisation des programmes de formation des préposés aux services de soutien à la personne permettrait de définir clairement les attentes de rendement et les responsabilités de ces derniers au sein des équipes soignantes. Les autres membres de l'équipe pourraient ainsi mieux comprendre les capacités et les responsabilités des préposés aux services de soutien à la personne, particulièrement à l'égard de la délégation des actes autorisés.

Selon de nombreux répondants, les employeurs devraient s'engager davantage dans la formation et la supervision des travailleurs de soutien jusqu'à ce qu'ils atteignent le statut de préposés aux services de soutien à la personne, plus particulièrement lors des deux premières années de travail, ce qui éliminerait du processus de dotation l'obstacle que constitue l'exigence du statut à part entière de préposé aux services de soutien à la personne.

4.4 Régler les problèmes de l'accessibilité et de la variation de la portée du travail

Instaurer différents niveaux de préposés aux services de soutien à la personne

Afin d'éliminer les différences de complexité concernant les compétences que doivent posséder les préposés aux services de soutien à la personne selon le milieu de travail et l'éventail de besoins des patients ou des clients, certains répondants ont recommandé la mise en place de différents niveaux au sein de la profession (par exemple, niveau I, niveau II). Ceux-ci exigeraient d'autres niveaux d'études et la reconnaissance des études suivies. D'autres personnes ont estimé que la multiplication des niveaux au sein de la profession de préposé aux services de soutien à la personne ne ferait qu'ajouter à la confusion.

Définir le rôle des préposés aux services de soutien à la personne

Compte tenu de la confusion entourant les rôles et les responsabilités des préposés aux services de soutien à la personne et des autres fournisseurs de services et de soins de santé, certains répondants ont recommandé de clarifier la délimitation des rôles des préposés aux services de soutien à la personne dans les différents milieux de soins de santé. Les membres des professions de la santé réglementées pensent qu'une augmentation du rapport entre les membres des professions réglementées et non réglementées dans les établissements de soins aux malades chroniques contribuerait également à régler cette question. Certains se sont inquiétés du fait que l'on demandait de plus en plus souvent aux préposés aux services de soutien à la personne de prendre des responsabilités de soins relevant du

champ d'application de la profession d'infirmière auxiliaire autorisée sans qu'ils aient les compétences requises.

Appuyer la responsabilisation de l'employeur

Selon certaines suggestions, les employeurs devraient être tenus de fournir une formation continue et adéquate aux préposés aux services de soutien à la personne compte tenu de l'évolution des besoins des patients en matière de soins.

La responsabilité des employeurs repose sur leur engagement à adopter et à appliquer les politiques, procédures et protocoles nécessaires. La stabilité sur le lieu de travail est également nécessaire à l'obtention de résultats. Les répondants ont souligné que lorsque les politiques publiques et les processus de dotation des CASC s'écartent de cet objectif, il faut les modifier.

Régler les problèmes liés à la stabilité d'emploi

Certains employeurs ont indiqué que le renouvellement des contrats par le biais d'un appel d'offres concurrentiel, dans les milieux communautaires, inhibe les efforts de formation. L'incertitude quant à l'emploi, ainsi que la difficulté à attirer du personnel dans les régions rurales, peuvent également compromettre les efforts visant à inculquer les pratiques exemplaires.

Créer un registre

Les premières consultations du CCRPS ont révélé un intérêt général pour la création d'un registre des préposés aux services de soutien à la personne. La majorité des intervenants ont estimé que ce registre devrait :

- être tenu à jour par un organisme central;
- être accessible aux employeurs souhaitant engager des préposés aux services de soutien à la personne;
- constituer une ressource pour les employeurs procédant à la vérification des références.

Pour ce faire, il faudrait élaborer une base de données pouvant contenir les rapports des employeurs. La nature volontaire ou obligatoire de la participation des employeurs pour la remise des rapports a suscité une certaine controverse, au même titre que le type de rapports et le délai de conservation des dossiers. Les problèmes de confidentialité et d'immunité n'ont pas été abordés.

Les avis étaient partagés quant à savoir si le registre devait être obligatoire ou volontaire. Certains pensaient que l'enregistrement des préposés aux services de soutien à la personne devrait être obligatoire pour toutes les personnes ayant terminé avec succès un programme de formation des préposés aux services de soutien à la personne, ou exerçant ou souhaitant exercer cette profession. Les intervenants estimaient qu'avant qu'un registre

puisse être créé, il fallait définir des normes de rendement minimales et uniformes pour ces préposés aux services de soutien à la personne. En outre, la manière de traiter des compétences équivalentes devait être réglée.

4.5 Efficacité de la protection associée à la réglementation

Avant de pouvoir aborder dûment la demande du ministre, le CCRPS souhaite réaliser un examen plus approfondi de l'efficacité de la protection actuellement associée à la réglementation. La législation ontarienne actuelle régit les établissements où travaillent les préposés aux services de soutien à la personne, les obligations de l'employeur ainsi que celles des préposés aux services de soutien à la personne eux-mêmes. D'autres dispositions législatives protègent les droits des personnes recevant des services et des soins. Certaines sont présentées ci-dessous.

Actes autorisés

La *LPSR* contient des dispositions permettant à une personne exerçant une profession non réglementée d'accomplir un acte autorisé lorsque l'exécution de cet acte lui a été déléguée par un membre d'une profession de la santé réglementée qui est autorisé à pratiquer cet acte.

Dans les établissements de soins de longue durée et les soins à domicile, les préposés aux services de soutien à la personne peuvent accomplir des actes délégués; le CCRPS n'a pas été en mesure de constater la fréquence de ces délégations, ou la nature de la formation ou de la supervision reçue par le préposé aux services de soutien à la personne dans ces circonstances. Ce sujet nécessite de plus amples recherches.

Établissements et employeurs

Plusieurs lois, de même que leurs règlements d'application et les directives qui peuvent en découler, posent le cadre d'exploitation des établissements dans lesquels les préposés aux services de soutien à la personne travaillent. L'inspection de ces établissements par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée ou par le ministère du Travail vise à garantir le respect des exigences de ces lois, règlements d'application et directives, notamment en matière de santé et de sécurité au travail. Il s'agit là d'un mécanisme de responsabilisation de ces établissements envers le public pour ce qui est de la conformité aux normes applicables. Parmi les lois pertinentes figurent la *Loi de 1994 sur les soins de longue durée*, la *Loi de 2001 sur les sociétés d'accès aux soins communautaires*, la *Loi sur les hôpitaux publics*, la *Loi de 1995 sur les relations de travail*, la *Loi de 2000 sur les normes d'emploi* et la *Loi sur la santé et la sécurité au travail*.

Cependant, aucun de ces instruments n'aborde la question des compétences ou des qualifications des préposés aux services de soutien à la personne.

Pratiques en milieu de travail

Les employeurs adoptent parfois des politiques internes en guise de freins et contrepoids. Ces politiques peuvent par exemple établir des normes de service minimales ou encore des normes de conduite pour les employés, y compris les préposés aux services de soutien à la personne. Les centres d'accès aux soins communautaires, les établissements de soins de longue durée, les hôpitaux et d'autres lieux de travail sont soumis à des politiques internes portant sur la protection de la vie privée, le respect de la clientèle ou encore la sécurité des patients, des pensionnaires ou autres clients. Ces politiques sont souvent une façon pour les employeurs de satisfaire aux obligations que leur imposent des règlements.

Droits et protection

Les principes consacrés par certaines lois orientent les préposés aux services de soutien à la personne dans l'exercice de leurs fonctions et proposent des conseils aux Ontariennes et aux Ontariens qui comptent sur ces services. Parmi les lois et les politiques visant à protéger les droits des citoyens et des clients des programmes sociaux figurent le *Code des droits de la personne de l'Ontario*, *la Loi de 2005 sur l'accessibilité pour les personnes handicapées de l'Ontario*, *la Loi de 1994 sur les soins de longue durée – Déclaration des droits*, la politique relative aux logements avec services de soutien, la *Loi sur les services aux personnes ayant une déficience intellectuelle*, *la Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé* et *la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*.

Lorsque les préposés aux services de soutien à la personne fournissent des services à domicile à des particuliers qui les paient directement, le droit civil et le droit pénal peuvent également offrir un recours aux clients ayant été victimes d'actes préjudiciables ou de mauvais traitements de la part du travailleur.

4.6 Exigences en matière de qualifications et d'éducation

Aucun contenu n'est universellement prescrit pour les programmes de formation des préposés aux services de soutien à la personne bien que différentes institutions aient déployé des efforts en vue d'une uniformisation. Moins de 20 pour cent des préposés aux services de soutien à la personne de la province ont suivi une formation régulière.

4.7 Formes de réglementation possibles

Un certain nombre de formes de réglementation des préposés aux services de soutien à la personne ont été examinés au début du processus de consultation et à la suite des conclusions des recherches. Certaines solutions incluent la réglementation, l'agrément et l'inscription à un registre.

Réglementation

La réglementation en vertu de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* et des lois spécifiques à une profession constituent une solution. Les personnes exerçant une profession de la santé réglementée sont tenues de posséder des qualifications minimales pour l'entrée dans la profession et l'utilisation de titres spécifiques leur est réservée. Selon certains intervenants, une normalisation des titres permettrait de clarifier le rôle des préposés aux services de soutien à la personne, et la mise en place de niveaux reflétant l'accroissement des compétences sous un même titre serait plus facile à comprendre qu'une prolifération de titres différents. L'amélioration constante des compétences et de la qualité sont un élément essentiel de la réglementation. Dans certains cas, les praticiens sont réglementés en tant que classe au sein d'un ordre. Les patients ont le droit et la possibilité de présenter un recours en cas de problème par le biais d'un processus de plainte auprès de l'ordre, en plus des recours civils.

La création d'un ordre de réglementation entraîne des obligations financières pour les membres d'une profession. Les incidences de cet accroissement de la charge financière et la capacité d'une profession à assumer ces coûts doivent être prises en compte au moment d'établir si la profession de préposé aux services de soutien à la personne se prête à une réglementation.

Agrément

L'agrément est délivré par un organisme d'agrément autorisé et accompagné d'un titre réservé. Les personnes non agréées ont la possibilité d'assurer les mêmes services, sans pouvoir toutefois s'arroger le titre réservé ni le qualificatif « agréée » ou « agréé ». Il n'existe aucun droit ou processus de recours en cas de problème, hormis les recours civils. Ce mécanisme est rarement utilisé en Ontario pour les professions de la santé.

Il est important d'indiquer la différence qui existe entre détenir un agrément délivré dans le cadre d'un programme d'études et un agrément professionnel officiel délivré par un organisme autorisé. Le premier reconnaît que la personne a terminé un programme d'études tandis que le second est une désignation délivrée par un organisme d'agrément qui atteste que la personne est compétente pour effectuer un certain nombre d'actes spécifiques. Certains organismes peuvent fournir un agrément sans être eux-mêmes accrédités.

Inscription à un registre

En l'absence d'une base de données centrale et accessible ou d'un registre des préposés aux services de soutien à la personne, il est souvent difficile pour les employeurs d'obtenir des renseignements sur les qualifications et l'expérience professionnelle d'un travailleur et sur les raisons pour lesquelles il a quitté son emploi précédent. Les employeurs peuvent uniquement accéder à une vérification du casier judiciaire. Le risque de préjudice pour les patients ou les clients peuvent augmenter lorsque

l'employeur n'est pas en mesure de réaliser une vérification complète des titres de compétences et des antécédents professionnels des candidats à un poste de préposé aux services de soutien à la personne.

L'inscription à un registre constitue le mode de réglementation le moins restrictif qui soit, étant donné que la vérification préalable des compétences est plutôt sommaire et qu'elle n'a aucun effet d'exclusion. Elle prend la forme du dépôt, par les personnes intéressées, de leur nom, de leur adresse et d'autres données précises auprès d'un organisme désigné. Dans certains cas, les renseignements repris sur le registre sont fournis à la fois par l'employeur et par la personne inscrite. Ce mécanisme n'est pas utilisé actuellement pour la réglementation des professionnels de la santé en Ontario.

5. Recommandations

Le CCRPS présente les recommandations suivantes au ministre :

1. Qu'aucune modification ne soit apportée à l'alinéa 29 (1) e) de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, qui exclut « l'aide prêtée à une personne dans l'accomplissement de ses activités de la vie quotidienne, si l'acte est un acte autorisé visé à la disposition 5 ou 6 du paragraphe 27 (2) ».

2. Que le CCRPS termine la première phase de son travail en réponse à la demande d'avis présentée par le ministre et propose ses recommandations finales en septembre 2006.

RÈGLEMENT SUR LES SOINS AUDITIFS

Question du ministre

Dans sa lettre du 7 février 2005, le ministre a demandé l'avis du Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé (CCRPS) afin de savoir :

> si, compte tenu de l'existence d'un risque, le simple fait d'établir que le patient a besoin d'un appareil de correction auditive devrait constituer un acte autorisé, ou si la détermination des caractéristiques d'un appareil de correction auditive, suite à un test auditif et à un examen de l'aspect physique de l'oreille, devrait constituer l'acte autorisé. De plus, compte tenu de l'existence d'un risque, quels aspects, le cas échéant, des tests auditifs et de la délivrance d'appareils de correction auditive devraient être autorisés aux termes de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées (LPSR)*[1]?

Le CCRPS a abordé cette question en deux étapes.

1) Prescription d'appareils de correction auditive

   À l'heure actuelle, les Ontariennes et les Ontariens obtiennent des appareils de correction auditive, soit sur présentation d'une ordonnance générale rédigée par un médecin de famille ou un délivrée par un audiologiste. Le ministre demande si les ordonnances générales (établissant le besoin) devraient être remplacées par des ordonnances détaillées fondées sur des tests et une évaluation audiologiques (déterminant les caractéristiques de l'appareil de correction auditive).

2) Délivrance d'appareils de correction auditive

   Le ministre demande l'avis du CCRPS sur la délivrance d'appareils de correction auditive. Cet acte n'étant pas actuellement inclus dans les actes autorisés, le CCRPS a cherché à savoir si les risques potentiels qui y sont associés justifient qu'il soit ajouté aux actes autorisés aux termes de la *LPSR*.

Réponse du CCRPS

Le CCRPS affirme, d'une part, que l'existence d'un risque ne justifie pas que l'on remplace l'actuel acte autorisé de prescription par une définition légale plus détaillée et, d'autre part, que l'acte de délivrance d'un appareil de correction auditive devrait devenir un acte autorisé. De plus, le CCRPS recommande la réglementation des audioprothésistes à l'intérieur d'un

[1] Lettre de demande du ministre, février 2005, annexe A.

nouvel Ordre des professionnels de l'audition et de l'orthophonie de l'Ontario, au même titre que les audiologistes et les orthophonistes.

1. Historique de la demande du ministre

Lors de la rédaction de la *LPSR*, il a été décidé que seul l'acte de prescription d'un appareil de correction auditive devait être autorisé et qu'il devait être interprété de manière générale. Aucune autre restriction n'a été jugée nécessaire. Au fil du temps, diverses demandes concernant la réglementation des professionnels de la santé auditive et des changements à l'égard des actes autorisés ont été formulées par les audiologistes et les audioprothésistes.

Pour l'heure, l'unique intervention en soins de santé auditive figurant parmi les actes autorisés est la « prescription d'appareils de correction auditive aux personnes malentendantes »[2]. Les médecins, notamment les médecins de famille, les généralistes et les oto-rhino-laryngologistes (également connus sous le nom d'« oto-rhinos » ou « ORL »), ainsi que les audiologistes, sont autorisés à accomplir cet acte. La signification du terme « prescrire », dans l'acte autorisé de prescription d'un appareil de correction auditive, a été prise en considération par le CCRPS dans l'avis qu'il a donné au ministre en 2001. À cette époque, le CCRPS avait conclu que l'objet des dispositions législatives était de prévoir suffisamment de souplesse pour permettre une prescription générique ou spécifique et soutenait qu'« il était inutile de redéfinir cet acte autorisé[3].

Selon une autre conclusion du CCRPS, « rien ne donne à penser que le public subisse un préjudice découlant de l'actuel acte autorisé qu'est la prescription d'appareils de correction auditive[1] ». Le CCRPS a recommandé au ministre de l'inviter à se pencher sur la question suivante : Est-ce l'activité consistant à « établir que le patient a besoin d'un appareil de correction auditive » ou l'activité consistant à « déterminer les caractéristiques d'un appareil de correction auditive » qui devrait être un acte autorisé, compte tenu du risque inhérent? Le ministre de la Santé a donné suite à cette recommandation et adressé la question au CCRPS en février 2005.

Les audiologistes sont actuellement réglementés aux termes de la *LPSR*. Ils sont membres de l'Ordre des audiologistes et des orthophonistes de l'Ontario (OAOO). Ainsi qu'en témoigne son nom, l'Ordre des audiologistes et des orthophonistes de l'Ontario réglemente également les orthophonistes. Les professions d'audiologiste et d'orthophoniste ont une chose en commun : elles concernent toutes deux les troubles de communication. Les audioprothésistes ne sont pas réglementés aux termes de la *LPSR*. Depuis quelque temps, l'Association of Hearing Instrument Practitioners of Ontario (AHIP) demande la réglementation de ses membres aux termes de la *LPSR* à l'intérieur d'un ordre indépendant.

---

[1] *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, alinéa 27.2.10.
[2] Rectifier l'équilibre : *Étude de la Loi sur les professions de la santé réglementées*, CCRPS, mars 2001, chapitre 4, p. 28-29.
[3] Ibid.

L'Ordre des audiologistes et des orthophonistes de l'Ontario a répondu à la demande du ministre par des recommandations appelant : le remplacement des prescriptions générales par des prescriptions fondées sur une évaluation audiologique complète; la création de plusieurs nouveaux actes autorisés; et la réglementation, par l'Ordre, des fournisseurs de services de santé auditive qualifiés mais non réglementés. Bien qu'en faveur de la réglementation de ses membres, l'AHIP a proposé d'autres options dans sa réponse au CCRPS.

2. Processus de consultation

En réponse à la demande du ministre, le CCRPS a invité les intervenants et le public à soumettre leurs observations, à la suite de quoi il a reçu et analysé 30 mémoires. Des rencontres individuelles et collectives ont été organisées afin d'obtenir un complément d'information et de fournir certains éclaircissements sur les questions techniques ou d'une autre nature. Des informations supplémentaires ont également été demandées et passées en revue. Des entrevues ont été menées avec des collaborateurs qui n'ont peut-être pas répondu à la demande d'observations mais dont la participation a été jugée utile aux fins de l'étude. Ceux-ci regroupaient notamment d'autres professionnels, des universitaires et des membres du public.

Le CCRPS a procédé à une revue de la littérature et à des études sur les autres juridictions lors desquelles ont pu être examinés les régimes de réglementation de 16 autres compétences (10 provinces canadiennes, trois États américains, l'Australie, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni). À l'égard du risque de préjudice, le CCRPS a mené deux recherches documentaires distinctes qui lui ont permis de recueillir et d'analyser des documents provenant d'organismes de réglementation ainsi que d'associations universitaires et professionnelles. Des groupes de discussion informels réunissant des audiologistes, des médecins, des audioprothésistes, des assistants en matière de troubles de communication et des membres du public ont été organisés pour enrichir les données collectées et définir les questions qui nécessitaient une étude plus approfondie. Des renseignements complémentaires ont été recueillis lors d'audiences publiques organisées aux fins du projet de cadre législatif du CCRPS.

3. Contexte

3.1 La santé auditive en Ontario

La demande en soins de santé auditive augmente avec les programmes gouvernementaux de dépistage de la surdité chez les nourrissons et le nombre croissant de personnes âgées au sein de notre population. La complexité des besoins en soins de santé auditive a progressé également, tout comme les connaissances, la formation et la technologie dont nous disposons pour prévenir et gérer une déficience auditive. Les soins de santé auditive sont devenus un secteur de consommation plus important où l'on s'attend à une supervision accrue de la part des organismes de réglementation.

Le nombre de personnes ayant besoin de soins de santé auditive en Ontario prend de l'ampleur. Statistique Canada estime que 10 pour cent de la population canadienne souffre d'une déficience auditive. La Société canadienne de l'ouïe considère, elle, que près d'une personne sur quatre souffre dans une certaine mesure d'une déficience auditive. L'incidence de la déficience auditive croît avec l'âge. Trente pour cent des personnes âgées de 65 ans et plus, de même que la moitié de la population âgée de plus de 75 ans, ont une déficience auditive. Plus la population de l'Ontario vieillit, plus nous avons besoin de services de santé auditive et de professionnels formés pour dispenser ces services.

Selon l'Organisation mondiale de la Santé, la principale conséquence de l'insuffisance auditive est l'incapacité à comprendre la parole dans les conditions de la vie quotidienne, ce qui est considéré comme un grave handicap social[1]. La déficience auditive se répercute sur la communication, la sécurité de la personne et la qualité de vie; de plus, elle peut révéler d'autres maladies ou d'autres affections. Si elle n'est pas traitée, la déficience auditive peut mener à une incapacité plus importante, et il a été démontré que la plupart des troubles auditifs sont permanents et augmentent proportionnellement à l'âge.

Les appareils et accessoires fonctionnels tels que les appareils de correction auditive, utilisés parallèlement à un counseling et à une formation à l'écoute et à la communication, peuvent alléger les conséquences de la déficience auditive.

Le gouvernement de l'Ontario est conscient de l'impact croissant de l'insuffisance et de la déficience auditives sur ses citoyens. Il y a réagi en offrant des programmes d'aide auditive, notamment :

- le programme ontarien de dépistage de la surdité chez les nourrissons, qui identifie et aide les enfants qui ont besoin d'une aide auditive. Grâce à ce programme, de plus en plus d'enfants ayant besoin d'une aide auditive sont identifiés;

- le Programme d'appareils et accessoires fonctionnels (PAAF), qui autorise les audiologistes et les audioprothésistes à délivrer des appareils de correction auditive dans le cadre du programme et aide à compenser les coûts associés à l'achat de ces appareils.

En Ontario, différents groupes de professionnels offrent des soins de santé auditive et des services analogues au public, chacun selon ses qualifications et ses compétences. Les professionnels de la santé réglementés qui sont autorisés à fournir des soins de santé auditive sont notamment les médecins de famille, les généralistes, les oto-rhino-laryngologistes, les infirmières et les audiologistes. Les professionnels non réglementés qui dispensent des services d'audiologie comprennent les audioprothésistes tels que les

[1] OAOO, observations adressées au CCRPS, avril 2005, p. 8.

spécialistes en audioprothèses et les audioprothésistes d'ordonnances, ainsi que les assistants en matière de troubles de communication.

3.2 Qu'est-ce qu'un audiologiste?

La *Loi de 1991 sur les audiologistes et les orthophonistes* décrit ainsi le champ d'exercice de l'audiologie en Ontario : « L'exercice de la profession d'audiologiste consiste dans l'évaluation de la fonction auditive et dans le traitement et la prévention des troubles de l'audition en vue de développer, de maintenir, de restaurer ou d'accroître les fonctions auditive et de communication. » Les audiologistes s'intéressent à la prévention, au dépistage, à l'évaluation et au traitement des troubles auditifs ainsi qu'à la restauration de la fonction auditive chez les enfants et les adultes. De plus, ils fournissent des services d'éducation et de counseling aux personnes éprouvant des troubles de l'audition et des problèmes vestibulaires tels que vertiges et acouphène. Les audiologistes exercent de manière autonome dans le champ de leur profession.

Les audiologistes évaluent l'audition, prescrivent et adaptent des appareils de correction auditive et d'autres accessoires auditifs fonctionnels et apprennent aux clients comment les utiliser. Certains audiologistes délivrent également des appareils de correction auditive selon les normes établies par l'Ordre des audiologistes et des orthophonistes de l'Ontario. Les audiologistes peuvent en outre offrir des programmes de protection de la fonction auditive afin de prévenir la déficience auditive et également proposer des initiatives de sensibilisation du public à la santé auditive.

Lieu de travail

On dénombre environ 470 audiologistes en Ontario. Ils travaillent dans des milieux variés, notamment dans les hôpitaux, les bureaux de santé, les centres de santé communautaire, les écoles, les cabinets privés et les établissements industriels. Certains sont employés par des fabricants d'appareils de correction auditive. D'autres sont employés par des instituts de recherche, ou par des établissements d'enseignement postsecondaire où ils élaborent et enseignent des curriculums pour les futurs audiologistes et les personnes qui étudient en vue de l'obtention d'un diplôme dans l'un des divers domaines de la médecine.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, les audiologistes peuvent être autorisés à fournir des services dans le cadre du Programme d'appareils et accessoires fonctionnels du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Les Ontariennes et les Ontariens admissibles aux services de ce programme reçoivent une aide financière pour l'achat d'appareils ou accessoires fonctionnels.

Études et formation

Les audiologistes reçoivent une formation de troisième cycle complète en soins de santé auditive non médicaux dans le cadre de programmes universitaires au niveau de la maîtrise ou du doctorat. Les programmes comportent des stages didactiques et cliniques qui permettent aux audiologistes d'acquérir les compétences requises pour prescrire des

appareils de correction auditive, pour vérifier et valider leur rendement, ainsi que pour conseiller les patients. Tout au long de leur carrière, les audiologistes sont tenus par l'Ordre des audiologistes et des orthophonistes de l'Ontario de suivre des programmes de formation continue afin d'assurer le maintien de leurs compétences.

3.3 Qu'est-ce qu'un audioprothésiste?

Les audioprothésistes comprennent les spécialistes en audioprothèses et les audioprothésistes d'ordonnances. Ils évaluent la fonction auditive, offrent un counseling et s'occupent de la sélection, de l'adaptation et de la délivrance d'appareils de correction auditive conformément à des ordonnances de médecins ou d'audiologistes[6]. Le Programme d'appareils et accessoires fonctionnels (PAAF) indique qu'il utilise les services d'autorisateurs non-audiologistes regroupant 230 spécialistes en audioprothèses et 413 audioprothésistes d'ordonnances.

Les spécialistes en audioprothèses n'évaluent pas la déficience auditive chez les nourrissons ou les personnes de moins de 19 ans, lesquels représentent environ 10 pour cent de la population malentendante. Aux termes du PAAF, les enfants visés par une demande présentée dans le cadre du programme doivent être examinés par un oto-rhino-laryngologiste si c'est la première fois qu'ils sont concernés par une telle demande ou si leur déficience auditive n'est pas stabilisée. Avec l'autorisation de l'oto-rhino-laryngologiste, les audioprothésistes peuvent collaborer avec des médecins (entre autres) pour gérer conjointement les besoins des patients, notamment fournir des services tels que la réalisation d'empreintes d'embouts auriculaires ou l'adaptation d'appareils de correction auditive, pour les nourrissons et les enfants.

La clientèle principale des audioprothésistes provient des 90 pour cent restants de personnes malentendantes, qui souffrent d'une déficience auditive sensorineurale[7] causée soit par le vieillissement, soit par le bruit, laquelle ne peut être traitée ni dans le premier cas ni dans l'autre au moyen d'une intervention chirurgicale ou médicale. Des critères d'aiguillage élaborés conjointement par l'Ontario Medical Association (OMA) et l'AHIP, connus sous le nom de code d'alerte, définissent les symptômes et les affections qui requièrent un aiguillage immédiat vers un médecin. Le médecin qui reçoit le patient aiguillé peut procéder à un examen et adresser le patient à un oto-rhino-laryngologiste ou à un audiologiste qui, lui, fera un examen plus approfondi.

Études et formation

Des programmes de formation à la profession de spécialiste en audioprothèses sont offerts au Collège George Brown et un nouveau programme est dispensé au Collège Conestoga de technologie et d'enseignement supérieur[8]. Le programme de trois ans menant à l'obtention d'un diplôme

[6] AHIP, observations adressées au CCRPS, juin 2005, p. 3.
[7] Déficience qui est du même degré dans les deux oreilles.
[8] Le programme a été offert par le Collège Sheridan, de 1974 à 1988.

prépare les étudiants à effectuer les examens audiométriques requis pour choisir et délivrer les appareils de correction auditive et pour conseiller les patients. Le programme d'études comprend un stage d'environ 400 heures sous la supervision directe d'un spécialiste en audioprothèses agréé. Le Collège George Brown forme de 20 à 30 diplômés par an et le nouveau programme offert au Collège Conestoga a accueilli entre 15 et 20 étudiants débutants pendant les années scolaires 2005 et 2006.

Au terme de leurs études dans un collège communautaire, pour pouvoir devenir membres de l'AHIP, les audioprothésistes doivent suivre le programme de stage de spécialiste en audioprothèses, qui compte 1 000 heures supplémentaires de formation pratique et théorique.

Lieu de travail

Les audioprothésistes travaillent de manière autonome dans des cabinets privés ou des milieux tels que les centres de santé communautaire, les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée. Ceux qui possèdent le niveau d'études exigé et qui sont membres en règle de l'AHIP peuvent s'inscrire comme autorisateurs auprès du Programme d'appareils et accessoires fonctionnels du ministère (PAAF), dans la catégorie « non-audiologistes » ou « audioprothésistes d'ordonnances », ou dans ces deux catégories. Le statut d'autorisateur leur permet, aux termes d'une ordonnance, d'effectuer des tests pour l'évaluation du trouble auditif ainsi que de choisir et de recommander des appareils de correction auditive. Les audioprothésistes offrent également ces services à Santé Canada, au ministère des Anciens combattants, au ministère de la Défense nationale, à la Gendarmerie royale du Canada, à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail, ainsi qu'à des sociétés d'assurance responsabilité civile.

3.4 Qu'est-ce qu'un orthophoniste?

Les orthophonistes possèdent des connaissances, des compétences et une formation clinique spécialisées en évaluation et en gestion des troubles de communication et de déglutition. Ils sont en mesure de traiter un vaste éventail de troubles de la parole, du langage et de la voix, la dysphagie ainsi que les troubles de la communication cognitive tels que les problèmes d'articulation, le bégaiement, la résonance, les fissures labiales et palatines, les troubles du développement du langage, l'aphasie, les traumatismes cérébraux et la démence, pour n'en citer que quelques-uns. Ces problèmes peuvent être liés à des troubles du développement ou à des anomalies structurales ou fonctionnelles qui peuvent être apparus progressivement, faire partie d'un syndrome ou découler de cancers de la tête et du cou, d'un accident vasculaire cérébral ou d'un traumatisme crânien. Le champ d'expertise des orthophonistes englobe l'évaluation et le traitement des troubles suivants :

- troubles du langage : l'évaluation et le traitement visent à améliorer la capacité à comprendre la langue parlée et écrite, à transmettre des messages verbaux et écrits et à communiquer dans le contexte social;

- troubles de la communication cognitive : l'évaluation et le traitement visent à améliorer le raisonnement, la résolution de problèmes, la mémoire et le sens de l'organisation requis pour communiquer adéquatement;

- troubles de la parole : l'évaluation et le traitement visent à améliorer l'articulation (prononciation) et à aider les personnes bègues à améliorer la fluidité de la parole;

- troubles de déglutition : l'évaluation et le traitement visent à amener les clients à suivre un régime sûr et à veiller à ce qu'ils ne s'exposent pas à un risque accru de suffocation ou d'accumulation d'aliments ou de liquides dans leurs poumons.

De plus, les orthophonistes fournissent aux clients et aux soignants un counseling dans le cadre duquel sont abordés les troubles de communication et de déglutition, ainsi que les capacités et les difficultés des clients, et ils proposent des stratégies afin d'améliorer la fonction touchée et de compenser les difficultés. Ils consultent d'autres professionnels, tels qu'audiologistes, diététistes, infirmières, ergothérapeutes, médecins, physiothérapeutes, travailleurs sociaux et enseignants, afin de proposer des plans de soins complets. D'autres encore peuvent faire des recherches cliniques et scientifiques sur les processus sous-tendant la communication humaine ou examiner l'incidence de divers facteurs sur la communication et ainsi trouver de nouvelles méthodes de traitement.

Études et formation

La plupart des orthophonistes praticiens sont titulaires soit d'une maîtrise en sciences, soit d'une maîtrise en sciences cliniques avec spécialisation en troubles de communication (orthophonie). Certains peuvent être admissibles à l'obtention d'un doctorat dans le même domaine. Pour être admissibles, les candidats aux programmes de maîtrise ont obtenu un grade de premier cycle au terme d'un programme de quatre ans. Les programmes d'études supérieures comprennent un volet théorique et un volet clinique. Pour pouvoir devenir membre de l'Association canadienne des orthophonistes et audiologistes et de l'Ordre des audiologistes et des orthophonistes de l'Ontario, il faut posséder une expérience clinique de huit à dix semaines.

Lieu de travail

Des clients de tous âges peuvent recevoir des services dans un éventail de services privés et dans divers établissements de santé et d'enseignement.

3.5 Mode de prestation des soins de santé auditive

En règle générale, la première personne que l'on consulte lorsqu'on a une déficience auditive est le médecin de famille ou un généraliste. Après un examen, le médecin de famille ou le généraliste entreprendra l'une des trois démarches suivantes :

1. rédiger une ordonnance et recommander au patient de la faire exécuter au centre de distribution d'appareils de correction auditive de son choix, où il sera servi par un audioprothésiste ou un spécialiste en audioprothèses;

2. aiguiller le patient vers l'oto-rhino-laryngologiste d'un cabinet privé ou d'un centre hospitalier ou de santé communautaire, aux fins d'un examen ou d'un traitement spécialisé;

3. aiguiller le patient vers un audiologiste aux fins d'un examen complémentaire de la fonction auditive. L'audiologiste peut exercer au sein d'un cabinet privé ou collectif, dans un centre hospitalier ou communautaire ou dans le cadre de programmes itinérants.

Des groupes de discussion d'intérêt public organisés pour le CCRPS ont confirmé que l'expérience de la plupart des Ontariennes et des Ontariens commence auprès d'un médecin de famille et qu'un plus petit nombre obtiennent d'entrée de jeu les services d'un audiologiste.

Souvent, les participants aux groupes de discussion ne savaient pas très bien si les soins leur étaient fournis par un audiologiste ou par un audioprothésiste. Plusieurs ont affirmé que des médecins et d'autres professionnels leur faisaient subir plus ou moins les mêmes tests et qu'ils faisaient l'objet d'aiguillages selon eux inutiles. Cet état de choses a été perçu comme un dédoublement coûteux des services. De manière plus générale, ils ne savent pas très bien « qui fait quoi ».

Lorsqu'une ordonnance d'appareil de correction auditive est remise au client, celui-ci peut choisir de la faire exécuter par un audiologiste ou par un audioprothésiste, tous deux autorisés à délivrer des appareils de correction auditive.

3.6 Association of Hearing Instrument Practitioners of Ontario (AHIP)

En tant qu'association volontaire à but non lucratif, l'AHIP représente 365 membres qui fournissent des services de santé auditive dans plus de 140 collectivités de l'Ontario. Au milieu des années 60, l'Ontario Hearing Aid Association a été formée afin d'élaborer volontairement des normes et des règlements pour la profession, et c'est en 1983 qu'a été créée l'Association of Hearing Aid Dispensers. En 1988, ces associations ont fusionné pour former ce qui est aujourd'hui l'Association of Hearing Instrument Practitioners of Ontario[9].

Les membres fondateurs de l'AHIP ont mis en place des règlements et des normes pour les membres et relevé un besoin pour les professionnels ayant reçu une formation régulière d'exercer dans le champ de leur

[9] AHIP, observations adressées au CCRPS, juin 2005, p. 2.

profession. C'est ainsi qu'ont été établis des programmes de formation à la profession de spécialiste en audioprothèses au niveau des collèges communautaires afin de préparer les étudiants à réaliser les examens audiométriques requis pour choisir et délivrer des appareils de correction auditive, ainsi que pour offrir des services de counseling.

Les membres de l'AHIP doivent satisfaire aux critères d'entrée dans la profession et posséder les compétences requises pour en faire partie. Ils doivent pour cela terminer avec succès un programme d'études régulier, suivre une formation continue obligatoire et faire un stage au terme d'un programme d'études supérieures. Les membres doivent également se conformer aux règlements de l'Association, qui renferment un code de déontologie et prévoient un mécanisme officiel d'audition et de résolution des griefs.

Bien que l'AHIP ait réalisé des progrès importants dans l'autoréglementation volontaire, les audioprothésistes n'en font pas tous partie et elle n'a pas le pouvoir contraignant d'exiger l'application de ses règlements.

3.7 Ontario Association of Speech Language Pathologists (OSLA)

Constituée en personne morale en 1965, l'OSLA est l'association professionnelle volontaire à but non lucratif des orthophonistes et des audiologistes de l'Ontario. Elle assure un éventail de services à ses membres, notamment un soutien professionnel, des partenariats interprofessionnels et intraprofessionnels, la diffusion de l'information et des tendances, des recherches, l'accès aux ressources, les relations avec les médias, le perfectionnement professionnel et l'éducation du public. L'OSLA collabore également avec des groupes de consommateurs et d'autres intervenants qui ont besoin de l'expertise des audiologistes et des orthophonistes, et c'est elle-même qui défend les intérêts de ces deux professions[10].

3.8 Réglementation des professionnels de la santé auditive

Divers praticiens réglementés et non réglementés dispensent des soins de santé auditive et des services analogues. Les médecins de famille, les généralistes et les oto-rhino-laryngologistes sont membres de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (OMCO) et autorisés à prescrire des appareils de correction auditive et à communiquer un diagnostic. Les infirmières, ainsi que les infirmières praticiennes, sont réglementées par l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO); elles réalisent des tests simples de dépistage des troubles auditifs chez les enfants et les adultes afin de repérer chez eux les problèmes d'audition ou de communication et de les aiguiller vers un professionnel qui procédera à un examen plus approfondi. De plus, les infirmières délogent les bouchons de cérumen en infiltrant une solution sous pression dans le conduit auditif externe.

[10] OSLA, observations adressées au CCRPS, juin 2005

Les audiologistes sont réglementés par l'Ordre des audiologistes et des orthophonistes de l'Ontario (OAOO) et autorisés, en vertu des dispositions législatives actuelles, à prescrire des appareils de correction auditive aux personnes malentendantes. Les audioprothésistes observent le programme volontaire d'autoréglementation de l'AHIP. Les assistants en matière de troubles de communication travaillent sous la supervision d'un professionnel réglementé.

4. Proposition de l'OAOO

4.1 La proposition

Dans sa réponse au CCRPS, l'OAOO recommande un système de soins de santé auditive à trois volets prévoyant la réglementation de l'évaluation audiologique et des tests auditifs ainsi que de nouvelles exigences pour la prescription et la délivrance d'appareils de correction auditive. De plus, de nouvelles restrictions sont proposées afin de déterminer qui peut accomplir certains actes ou dispenser certains services.

Actes autorisés

Conformément à la proposition de l'OAOO :

- La prescription d'un appareil de correction auditive serait définie de façon à y inclure : l'acte établissant que le patient a besoin d'un appareil de correction auditive; la détermination des caractéristiques d'un appareil de correction auditive, suite à une évaluation audiologique (comprenant des tests et un examen de l'aspect physique de l'oreille); la détermination des paramètres acoustiques et physiques d'un appareil de correction auditive; et la validation d'une ordonnance. Les ordonnances générales, telles celles qui souvent sont délivrées par un médecin de famille, ne seraient plus autorisées.

- Plusieurs nouveaux actes autorisés seraient établis, notamment : l'évaluation audiologique et la communication de ses résultats; les tests auditifs; l'introduction d'air, de gaz ou d'eau sous pression, l'application d'énergie, l'introduction ou le retrait d'instruments, d'appareils, de doigts ou d'autres objets dans le conduit auditif externe; la gestion du cérumen; la délivrance d'appareils de correction auditive; et la réalisation d'empreintes de l'oreille.

- Certains actes seraient réservés aux audiologistes et aux médecins « possédant une formation et des compétences suffisantes », et d'autres seraient réservés aux professionnels de la santé réglementés « possédant les compétences requises ». Les autres actes seraient réservés aux « personnes qui ne sont pas réglementées et qui peuvent démontrer qu'elles possèdent une formation scolaire, une formation professionnelle et des compétences suffisantes » et pourraient être réglementés par l'OAOO.

Réglementation

Proposition de l'OAOO :

- La réglementation de toute nouvelle profession du secteur de la santé auditive devrait passer par l'OAOO afin d'assurer une réglementation cohérente de tous les fournisseurs de services.

- Les centres de distribution d'appareils de correction auditive devraient être contrôlés, notamment en ce qui concerne les normes d'exercice, l'aspect physique des lieux, le matériel et les pratiques commerciales[11].

Aiguillages et compétences

Les audiologistes ont suivi des études et une formation pour prescrire et délivrer des appareils de correction auditive. Cependant, si un audiologiste souhaite aiguiller un patient vers un spécialiste de l'oto-rhino-laryngologie, il doit d'abord consulter un généraliste qui, lui, aiguillera le patient vers ce spécialiste. Cette façon de faire semble découler du barème des honoraires de médecins de l'Assurance-santé de l'Ontario et, selon l'OAOO, entraîne des coûts supplémentaires et des retards. Dans sa proposition, l'OAOO soutient que les audiologistes devraient pouvoir aiguiller eux-mêmes le patient vers un oto-rhino-laryngologiste.

La *LPSR* reconnaît clairement les audiologistes comme des professionnels de la santé auditive hautement qualifiés. Aussi le public s'interroge-t-il sur les raisons pour lesquelles les audiologistes ne sont pas autorisés à aiguiller eux-mêmes leurs patients vers un oto-rhino-laryngologiste. Le CCRPS note que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait examiner de plus près les habitudes d'aiguillage observées au sein des groupes professionnels et l'effet qu'elles ont sur les listes d'attente et la santé des patients en général.

4.2 Réponse à la proposition de l'OAOO

Les répondants sont généralement d'accord pour réserver la prescription d'appareils de correction auditive aux médecins et aux audiologistes. De plus, la plupart des répondants partagent le même avis que l'AHIP et l'OAOO, qui estiment que les audioprothésistes devraient être réglementés aux termes de la *LPSR*.

L'AHIP a exprimé certaines réserves à l'égard de la structure de réglementation proposée par l'OAOO et contesté la nécessité d'intégrer les tests auditifs aux actes autorisés. L'AHIP note que ses membres sont pleinement qualifiés pour réaliser plusieurs types d'examens audiométriques de manière autonome et, pour faire la preuve de leurs capacités, souligne la confiance que leur témoignent l'Ontario Medical Association (OMA) et le PAAF, qui constatent chez les membres de l'AHIP une observation indéfectible de leurs normes respectives.

[11] OAOO, observations adressées au CCRPS, avril 2005.

L'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO) note que l'instauration de nouvelles restrictions dans la conduite des tests auditifs aurait une incidence sur le champ d'exercice de la profession infirmière et pourrait limiter l'accès du public au dépistage préliminaire. De plus, l'OIIO affirme qu'étant donné que les infirmières enlèvent le cérumen en infiltrant une solution sous pression dans le conduit auditif externe, l'ajout de cette intervention aux actes autorisés aurait une incidence sur le champ d'exercice de la profession infirmière. L'OMA affirme que l'existence d'un préjudice ne justifie pas que la prescription d'un appareil de correction auditive devienne un acte autorisé ni que soient instaurées des restrictions supplémentaires à l'égard de la prescription. Dans ses observations, l'OMA note également ce qui suit :

> [traduction] L'OAOO recommande que soient établis un grand nombre de nouveaux actes autorisés et que ses membres soient les seuls praticiens autorisés à les accomplir. Ceci va à l'encontre de l'objet de la *LPSR* et relève de la monopolisation des services. L'OMA pense que les audiologistes tentent ainsi de créer un monopole qui n'est pas nécessaire pour protéger le public contre d'éventuels préjudices[12].

5. Actes autorisés : prescription d'appareils de correction auditive

La question du ministre vise à déterminer si la pratique consistant à délivrer une ordonnance générale pour un appareil de correction auditive (établissant le besoin) devrait donner lieu à un régime de tests et d'examens audiologiques (déterminant les caractéristiques de l'appareil de correction auditive). Les facteurs suivants ont incité le CCRPS à recommander qu'aucun changement ne soit apporté à l'acte autorisé que constitue la prescription d'un appareil de correction auditive et que les ordres professionnels compétents puissent établir des normes appropriées pour leurs professions.

5.1 Risque de préjudice

Lors de la rédaction du texte original de la *LPSR*, en 1991, il a été établi que le risque de préjudice ne nécessitait pas une série détaillée d'actes autorisés pour les soins de santé auditive. Un seul acte autorisé (la prescription d'appareils de correction auditive aux personnes malentendantes) et un champ d'exercice pour les audiologistes administré par un ordre professionnel étaient considérés comme une protection suffisante pour les usagers des soins de santé auditive.

Depuis, l'OAOO et l'OSLA continuent à s'interroger sur les différences dans la manière dont les ordonnances sont rédigées par les médecins et les audiologistes. Les audiologistes préparent une liste détaillée des paramètres acoustiques et physiques de l'appareil de correction auditive, en se fondant sur une évaluation de la fonction auditive et de la fonction de communication, tandis que les médecins, eux, préparent une prescription

[12] OMA, observations adressées au CCRPS, juin 2005.

compte tenu des résultats obtenus aux tests auditifs et d'autres conclusions sur l'état médical du patient. Les audiologistes ne posent pas de diagnostic médical mais font des évaluations fondées sur les résultats des tests et les communications avec le patient. En vertu des dispositions législatives actuelles, les audiologistes peuvent discuter des résultats de ces évaluations avec le patient.

Existence d'un préjudice

L'OMA a examiné les travaux scientifiques publiés pendant la période de 1996 à 2004. Ses recherches n'ont pas révélé l'existence d'un préjudice associé aux méthodes employées par les médecins dans les prescriptions. L'OMA a noté ceci dans ses observations :

> [traduction] Selon le *Concise Oxford Dictionary*, le terme « prescrire » signifie « recommander l'usage d'une chose (un médicament, etc.). ». L'action de prescrire n'intervient pas lorsque des mots sont couchés sur un bout de papier mais lorsqu'un conseil est dispensé à un patient à propos de l'usage d'un médicament ou de l'objet prescrit, p. ex, un appareil de correction auditive. Lorsqu'un médecin prescrit un appareil de correction auditive en fonction de résultats obtenus suite à des tests auditifs, il a déjà écarté la nécessité de poursuivre un traitement médical et déterminé que l'appareil de correction auditive sera utile au patient. Ce dernier est alors renvoyé à un audiologiste ou à un audioprothésiste pour obtenir l'appareil qui conviendra à ses besoins et à ses moyens financiers[13].

Des audiologistes, dans leurs observations sur l'existence d'un préjudice, évoquent en termes anecdotiques le cas de clients qu'ils ont aidés après une erreur initiale de diagnostic ou de prescription.

> Une fillette de neuf ans s'est présentée à mon bureau [après avoir subi des tests] dans le cabinet d'un oto-rhino-laryngologiste environ trois ans auparavant… La mère, à qui l'on avait affirmé que l'acuité auditive de sa fille était normale, avait organisé des services d'orthophonie pendant de nombreuses années mais n'avait noté aucune amélioration. Lorsque je l'ai reçue, la fillette avait une grave déficience auditive, probablement présente depuis la naissance… Cette enfant avait passé des années sans bénéficier d'une intervention… parce qu'elle avait reçu les mauvais renseignements[14].

Pour les personnes âgées, les diagnostics inadéquats peuvent être tout aussi problématiques, comme l'explique un autre audiologiste praticien.

> Récemment, j'ai vu une dame âgée avec une déficience auditive modérée et une dextérité déficitaire qui portait deux… appareils de correction auditive. L'amplification n'était que d'environ 20 pour cent de ce qu'il lui fallait vraiment. Sa fille s'est presque mise à pleurer lorsque je lui ai annoncé cela … Sa mère était recluse depuis

[13] OMA, observations adressées au CCRPS, juin 2005.
[14] Présentation au CCRPS.

de nombreuses années. Sa famille avait investi tant d'argent ...et pensait que ces prothèses étaient... « à la pointe de la technologie »[15].

L'OAOO lui-même note ceci dans ses observations : [traduction] « l'existence d'un préjudice physique découlant de la prescription d'un appareil de correction auditive inadéquat est en soi difficile à cerner. Cependant, il est largement reconnu que pour les nourrissons [et les enfants] qui ont une déficience auditive, une intervention audiologique dans les meilleurs délais (notamment la prescription appropriée d'appareils de correction auditive) est cruciale dans le développement de la parole et du langage... Bien que le résultat probable d'une prescription inappropriée en pareils cas soit l'incapacité du sujet à optimiser sa capacité de communication ou son potentiel scolaire, ces conséquences ne se prêtent pas à une étude empirique. »

Nombre des exemples de préjudice signalés par les audiologistes portent davantage sur des questions entourant la qualité des soins.

Les recherches documentaires menées par le CCRPS lui-même dans diverses publications médicales et audiologiques n'ont révélé aucun préjudice causé au public à la suite des pratiques actuellement observées en matière de prescription.

5.2 Accès aux soins

Le CCRPS a conclu que la pose de paramètres pour la rédaction d'ordonnances d'appareils de correction auditive qui sont définis selon les normes de l'audiologie pourrait avoir des conséquences particulièrement négatives pour l'accès aux soins de santé auditive puisqu'elle restreindrait *de facto* la prescription d'appareils de correction auditive aux audiologistes. La proposition de l'OAOO visant à inclure l'évaluation audiologique et les tests auditifs dans les actes autorisés limiterait le rôle que tiennent les audioprothésistes dans les tests auditifs et pourrait générer des listes d'attente pour les services. Ceci porterait gravement atteinte au rôle des médecins dans la prescription d'appareils de correction auditive.

L'Université Western Ontario, qui a le programme d'audiologie le plus important au Canada, produit tout au plus 15 diplômés par an dans ce domaine, et parfois beaucoup moins[16]. À l'heure actuelle, 469 audiologistes praticiens sont inscrits auprès de l'OAOO. Avec moins de 500 audiologistes recensés en Ontario, cette proposition aurait pour les consommateurs une incidence sur l'accès aux soins dans l'ensemble de la province.

5.3 Responsabilité

Actuellement, les médecins de famille, les généralistes, les oto-rhino-laryngologistes et les audiologistes peuvent prescrire des appareils de

[15] Présentation au CCRPS.
[16] Lettre de Ted Venema, professeur adjoint d'audiologie, School of Communication Disorders, Collège Elborn, Université Western Ontario, 8 août 2005.

correction auditive selon les normes de leurs professions et suivant leur propre jugement professionnel. Chacun est comptable à l'ordre dont il relève pour cette décision et l'ordre est comptable au public de la supervision de chaque professionnel qu'il régit.

5.4 Conclusions relatives à la prescription d'appareils de correction auditive

Dans ce dossier, le CCRPS est d'accord avec la conclusion qui s'est dégagée, à l'origine, de l'étude législative concernant les professions de la santé et des études qui ont suivi. Le CCRPS pense que l'OMCO et l'OAOO peuvent établir des normes appropriées à leurs professions pour l'accomplissement de l'acte autorisé de prescription d'appareils de correction auditive, et veiller à ce que leurs propres membres aient les compétences requises pour accomplir cet acte sans danger. Cependant, il serait utile que les deux professions se consultent régulièrement sur l'amélioration des normes et des programmes de maintien des compétences. Le CCRPS ne voit aucune utilité à apporter aux dispositions actuelles de la *LPSR* des modifications qui puissent réduire considérablement l'accès aux soins pour les patients alors qu'aucune preuve tangible ne donne à penser que les pratiques actuelles comportent un danger.

5.5 Recommandations

Le CCRPS présente la recommandation suivante au ministre :

1. Il n'est pas nécessaire de redéfinir l'acte autorisé de « prescription d'appareils de correction auditive aux personnes malentendantes » à l'alinéa 27 (2) 10 de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*.

6.0 Actes autorisés : autres propositions de l'OAOO

L'OAOO a recommandé dans ses observations au CCRPS qu'il convient d'ajouter de nouveaux actes autorisés dans les soins de santé auditive :

L'acte et ses implications	Qui peut l'accomplir
Évaluation audiologique – Réaliser une évaluation audiologique et en communiquer les résultats aux fins de la rééducation auditive.	Les audiologistes
Communication d'un diagnostic audiologique	Les audiologistes
Tests auditifs	Les audiologistes, les médecins et les autres professionnels de la santé réglementés qui peuvent démontrer des compétences ainsi qu'une formation scolaire et professionnelle suffisantes.
Tests auditifs diagnostiques avancés – Administrer des tests auditifs diagnostiques avancés aux membres du grand public, aux nourrissons, aux enfants, ainsi qu'aux adultes difficiles à soumettre à des tests.	Les audiologistes et les médecins possédant une formation et des compétences suffisantes

Introduction et retrait – Introduction d'air, de gaz ou d'eau sous pression ou application d'énergie à des niveaux de pression acoustique élevés; introduction ou retrait d'instruments, d'appareils, de doigts ou d'autres objets dans le conduit auditif externe.	Les audiologistes et les autres professionnels de la santé réglementés possédant la formation et les compétences requises pour pratiquer ces interventions particulières
Gestion du cérumen	Les audiologistes et les autres professionnels de la santé réglementés possédant cette compétence particulière

Selon une autre recommandation de l'OAOO, les ordres professionnels de la santé réglementant et régissant des membres qui réalisent des tests auditifs devraient déterminer et recommander au ministre les tests auditifs précis à autoriser ainsi que les professionnels de la santé réglementés qui devraient être autorisés à les accomplir.

6.1 Intention de la loi

Différents points des recommandations de l'OAOO soulèvent la controverse. Les actes autorisés que l'OAOO propose sont dans une vaste mesure des interventions ou aspects d'un plan de traitement qu'il conviendrait mieux d'intégrer dans les règlements, les exigences relatives au maintien des compétences, les normes d'exercice et les directives cliniques d'une profession, non pas dans un acte autorisé aux termes de la *LPSR*. Dans ses observations, l'Ontario Medical Association a évoqué l'intention de la loi :

> [traduction] L'intention du modèle concernant l'acte autorisé n'était pas de délimiter ni de contrôler chaque aspect d'un examen ou d'une intervention pouvant comporter un degré de risque. En effet, une intervention chirurgicale comporte un véritable élément de risque; pourtant, l'acte autorisé est « la pratique d'interventions sur le tissu situé sous le derme, sous la surface des muqueuses, à la surface de la cornée ou des dents, ou au-delà, y compris le détartrage des dents. » Le fournisseur réglementé autorisé à accomplir cet acte le fait de la manière prescrite par la loi professionnelle qui le gouverne. Celle-ci ne décrit pas les actes autorisés dans leurs moindres détails et ne spécifie pas, par exemple, celui qui consiste à pratiquer une incision, etc.

6.2 Tests auditifs

L'OMA et les hauts responsables du PAAF ont affirmé au CCRPS qu'une série étroitement réglementée d'actes autorisés dans la prestation de services de santé auditive aurait pour effet de restreindre le nombre d'audioprothésistes en exercice d'une part et, par conséquent, l'accès et le choix pour les consommateurs d'autre part. L'AHIP fait valoir l'argument suivant :

[traduction] En l'absence de preuves établissant que, tels qu'ils sont réalisés à présent et depuis de nombreuses années, les tests auditifs causent un préjudice, ils ne devraient pas être désignés « actes autorisés ». À notre avis, l'inclusion des tests d'évaluation de la déficience auditive dans la *LPSR* en tant qu'acte autorisé est une mesure excessive. En conséquence, les spécialistes en audioprothèses devraient demeurer autorisés à administrer des tests auditifs dans l'avenir sans être assujettis aux restrictions envisagées dans la recommandation de l'OAOO.

6.3 Gestion du cérumen et introduction d'instruments, d'air, de gaz ou d'eau sous pression

La plupart des intervenants qui ont formulé des observations sur ces aspects du traitement s'entendent à dire que la nature de ces procédures ne justifie pas qu'on les classe dans les actes autorisés. L'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario fait remarquer que : [traduction] « les infirmières réalisent également l'enlèvement du cérumen par l'introduction d'une solution sous pression dans le conduit auditif externe. Le fait de considérer cette intervention comme un acte autorisé pourrait avoir une incidence sur le champ d'exercice de la profession infirmière. »[17] L'OMA affirme que : [traduction] « l'enlèvement de cérumen dans l'oreille d'une personne ne présente aucun risque pour le patient. Pour les jeunes patients qui pourraient être effrayés ou qui n'arrivent pas à rester calmes pendant la procédure, les médecins peuvent recommander [aux parents] de se procurer une seringue auriculaire à la pharmacie locale et d'enlever le cérumen de l'oreille de l'enfant pendant le bain. Il n'y a vraisemblablement pas lieu de craindre une infection. »[18] L'AHIP a souligné au CCRPS que les audioprothésistes : [traduction] « fournissent ces services en toute sécurité depuis des dizaines d'années sans qu'il n'y ait jamais eu de plaintes ou d'incidents. »[19]

6.4 Conclusions

Dans la littérature médicale qu'il a examinée, le CCRPS n'a rien trouvé qui justifie que ces procédures deviennent des actes autorisés. Le CCRPS a conclu que les normes appropriées pour les tests auditifs et les autres procédures proposées devraient être établies par les organismes de réglementation concernés, que ce soit l'OMCO, l'OAOO ou l'OIIO. S'il existe d'importantes préoccupations vis-à-vis du risque de préjudice dont s'accompagnent ces procédures, les ordres professionnels compétents ont la possibilité d'y répondre par voie de réglementation ou en demandant que soient apportés aux lois professionnelles des modifications qui n'auront pas pour effet de changer ou de restreindre le champ d'exercice des autres professions. Fait troublant pour le CCRPS, certaines propositions pourraient fragmenter davantage les soins de santé auditive, accroître la verticalité du dispositif et empêcher d'autres praticiens compétents de dispenser des soins. Les actes autorisés représentent le plus haut niveau

[17] OIIO, observations adressées au CCRPS, juin 2005
[18] OMA, observations adressées au CCRPS, juin 2005
[19] AHIP, observations adressées au CCRPS, juin 2005

de restriction réglementaire dans le cadre de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*. Le classement de ces procédures parmi les actes autorisés n'est pas justifié.

6.5 Recommandation

Le CCRPS présente la recommandation suivante au ministre :

2. Que les procédures suivantes ne soient pas des actes autorisés aux termes de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* : l'évaluation audiologique et la communication de ses résultats; la communication d'un diagnostic audiologique; les tests auditifs; l'introduction d'air, de gaz ou d'eau sous pression, l'application d'énergie à des niveaux de pression acoustique élevés, l'introduction ou le retrait d'instruments, d'appareils, de doigts ou d'autres objets dans le conduit auditif externe; la gestion du cérumen.

7. Actes autorisés : délivrance

Le ministre a demandé conseil au CCRPS sur les aspects de la délivrance d'un appareil de correction auditive qui devraient être autorisés aux termes de la *LPSR*.

7.1 Qu'est-ce que la délivrance d'un appareil de correction auditive?

La délivrance d'un appareil de correction auditive est le processus par lequel est exécutée une ordonnance d'appareil de correction auditive. Le processus de délivrance comporte quatre étapes :

Tests audiométriques – en voici quelques exemples : seuils de conduction aérienne et osseuse des sons purs; seuils de reconnaissance de la parole; score de reconnaissance de la parole; niveau de tolérance/gêne; immitance; et masquage, lorsque nécessaire[20].

Adaptation – réalisation d'une empreinte de l'oreille et adaptation de l'appareil de correction auditive à la personne.

Contrôle de la qualité – commande du produit; vérification du produit fabriqué, notamment de sa conformité aux caractéristiques et au fonctionnement prescrits.

Éducation des patients – communication d'informations suffisantes sur l'entretien et l'utilisation de l'appareil de correction auditive.

Le CCRPS a examiné plusieurs facteurs afin de déterminer si la délivrance d'appareils de correction auditive devrait être un acte autorisé aux termes de la *LPSR*.

[20] Ibid., p. 6.

7.2 Risque de préjudice

Dans ses observations, l'OAOO attire l'attention sur plusieurs risques connus de préjudice associés au processus de délivrance. Au rang des risques les plus sérieux viennent la perforation et/ou la rupture de la membrane du tympan et/ou des osselets, la lacération du conduit auditif externe et une aspiration douloureuse au moment du prélèvement de l'empreinte. Le risque de préjudice est présent lorsque :

- Du matériel risque de s'introduire dans la perforation du tympan, remplissant la cavité de l'oreille moyenne et nécessitant une intervention chirurgicale pour le déloger.

- Des empreintes du méat acoustique sont requises pour les nouveaux appareils complètement à l'intérieur du conduit auditif externe. Les empreintes du méat acoustique allant jusqu'au tympan, cette procédure pourrait entraîner une contusion des parois du conduit auditif, un endolorissement, une irritation ou une lésion du tympan.

- L'injection de matériel d'empreinte risque d'amener le cérumen à s'amonceler contre le tympan, nécessitant l'intervention d'un médecin pour le déloger. »[21]

L'OAOO note également qu'il existe d'autres types de préjudice propres à la délivrance d'appareils de correction auditive et qui concernent particulièrement certaines populations :

- Chez les adultes, le préjudice corporel causé à l'oreille externe et/ou au conduit auditif externe ou au tympan peut survenir lorsque des empreintes sont prises pour des appareils de correction auditive standard. Après l'adaptation de l'appareil, un préjudice corporel à l'oreille externe et/ou au conduit auditif externe peut découler d'une mauvaise configuration de l'appareil de correction auditive. Les adultes sont exposés au risque caché de ne pas pouvoir utiliser correctement un appareil en raison de conseils médiocres ou insuffisants.

- Pour les enfants, un préjudice pédiatrique grave peut résulter du fait de ne pas renseigner les parents sur le danger pour les nourrissons d'ingurgiter les piles de l'appareil de correction auditive, entraînant ainsi une exposition à des substances toxiques.

- Les personnes âgées vulnérables sont exposées au risque de voir diminuer leur qualité de vie si elles se laissent persuader de garder un appareil de correction auditive qui ne leur procure pas l'avantage escompté.

[21] OAOO, observations adressées au CCRPS, avril 2005.

L'AHIP est d'accord que la réalisation d'une empreinte de l'oreille pour la fabrication d'un appareil de correction auditive peut avoir un résultat indésirable si elle est exécutée par une personne non qualifiée. Depuis 1993, les membres de l'AHIP ont fait face à sept actions en justice liées à la responsabilité. Chaque instance concernait l'application inadéquate d'embouts auriculaires, l'une des étapes importantes du processus de délivrance d'appareils de correction auditive.

7.3 Autres juridictions

L'étude sur les autres juridictions menée par le CCRPS a révélé que la délivrance, l'adaptation (y compris celle des embouts auriculaires) et la vente d'appareils de correction auditive sont réglementées aux termes de divers instruments de réglementation en Colombie-Britannique, au Manitoba, à Terre-Neuve, en Nouvelle-Écosse, en Saskatchewan, au Québec, en Australie, en Nouvelle-Zélande, au Royaume-Uni, dans l'État de New York, en Californie et au Texas.

7.4 Supervision

Il existe à présent des conditions semblables parmi les professionnels réglementés qui sont autorisés à délivrer des appareils de correction auditive (audiologistes) et les professionnels non réglementés (audioprothésistes) qui en délivrent. Les professionnels réglementés et non réglementés travaillent dans des milieux semblables, notamment des cabinets privés, des centres de santé communautaire, des hôpitaux et des établissements de soins de longue durée. Très souvent, ils travaillent de manière autonome, sans supervision. Les audioprothésistes d'or donnances réglementés et non réglementés évoluent dans des conditions comparables en ce qui a trait à la supervision et à l'encadrement offert par les pairs, soit en milieu institutionnel, soit dans la pratique privée.

7.5 Protection du consommateur

En ce qui concerne la délivrance d'appareils de correction auditive, l'OAOO a soulevé des questions concernant les pratiques commerciales qui peuvent désavantager le consommateur. Il peut s'agir notamment d'un traitement inapproprié des garanties ou du refus d'accepter le renvoi d'un appareil de correction auditive qui ne procure pas d'avantage. L'OAOO maintient par ailleurs très fermement que la réglementation de la délivrance d'appareils de correction auditive entraînerait, en matière de publicité, de conflit d'intérêt et d'autres pratiques commerciales concurrentielles, l'adoption de normes professionnelles qui rehausseraient la protection du consommateur.

Les consultations du CCRPS, comme les recherches indépendantes qui ont été menées, révèlent que les consommateurs ne connaissent pas très bien le rôle de différents fournisseurs impliqués dans leurs soins de santé auditive. Peut-être se complaisent-ils à tort à présumer que tous les fournisseurs sont réglementés et doivent observer des normes professionnelles et déontologiques légales. Au fur et à mesure que la vente d'appareils de correction auditive devient plus concurrentielle et que les grands magasins de détail s'installent sur le marché, cette question prend de l'importance pour les particuliers et les groupes de consommateurs.

7.6 Conclusions

Le CCRPS a examiné les avis présentés dans le présent chapitre, d'autres preuves du risque de préjudice, la suffisance de la supervision, ainsi que d'autres considérations permettant de déterminer le bien-fondé d'un acte autorisé pour la délivrance d'appareils de correction auditive. Les procédures et les examens que nécessite la délivrance d'appareils de correction auditive, tout spécialement dans le cas des embouts auriculaires, peuvent causer un préjudice au patient s'ils ne sont pas exécutés par des personnes ayant reçu une formation de haut niveau. Bien que l'on puisse faire valoir que ce préjudice ne met pas la vie en danger, le test remplit les autres objectifs de la *LPSR*, notamment des soins de santé auditive de meilleure qualité et l'accès aux services.

7.7 Recommandation

Le CCRPS présente la recommandation suivante au ministre :

3. Que l'alinéa 27 (2) 10 de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

    10. La prescription ou la délivrance d'appareils de correction auditive aux personnes malentendantes.

8. Réglementation des audioprothésistes

Ayant conclu que la délivrance d'appareils de correction auditive devrait être un acte autorisé, le CCRPS estime qu'il convient en toute logique de déterminer si les audioprothésistes, qui fournissent une part importante des services de délivrance d'appareils de correction auditive, devraient être réglementés aux termes de la *LPSR* pour dispenser les services visés par l'acte autorisé. Le CCRPS souligne que l'AHIP, l'OAOO, le PAAF, l'OMA et l'OSLA reconnaissent tous les techniques, la formation et les compétences spéciales que les audioprothésistes fournissent au secteur de la santé auditive et ils s'entendent dans une large mesure à dire que les audioprothésistes devraient être réglementés aux termes de la *LPSR*. Le CCRPS a examiné les pratiques en vigueur dans d'autres régions du Canada, des États-Unis et du monde et constaté que les audioprothésistes sont autorisés ou régis suivant différentes méthodes de réglementation.

8.1 Volonté des audioprothésistes d'être réglementés

Dans ses observations adressées au CCRPS en juin 2005, l'AHIP se dit clairement intéressée à être désormais réglementée par la *LPSR* en tant que profession distincte, dotée de son propre ordre professionnel. Le CCRPS souligne également les efforts déployés par l'AHIP pour définir les exigences en matière d'études, ainsi que des normes d'exercice et un code de déontologie pour ses membres. Le CCRPS reconnaît que les membres de l'AHIP semblent observer scrupuleusement ces exigences de leur plein gré et voit en cela leur désir de respecter l'intérêt du public en s'intégrant aux professions réglementées.

8.2 Accès et besoin

Les audioprothésistes qui remplissent les exigences en matière d'études et qui sont membres en règle de l'AHIP peuvent s'inscrire auprès du PAAF à titre d'autorisateurs non-audiologistes ou de prothésistes d'ordonnances, ou en ces deux qualités. Le statut d'autorisateur leur permet de vérifier la déficience auditive par l'administration de tests, ainsi que de déterminer et de recommander l'appareil de correction auditive le plus approprié pour le patient, conformément aux politiques et aux procédures du PAAF, le Programme d'appareils et accessoires fonctionnels du ministère.

Dans ses observations à l'intention du CCRPS, le PAAF affirme que les audioprothésistes et les audiologistes sont indispensables pour répondre aux besoins de l'Ontario en matière de soins de santé auditive. Il note qu'il compte à présent 458 audiologistes inscrits et 321 audiologistes autorisés à délivrer des appareils de correction auditive. Certains audiologistes sont inscrits dans ces deux catégories. De même, 230 spécialistes en audioprothèses ont la permission d'autoriser des appareils de correction auditive dans le cadre du programme. Le nombre d'audioprothésistes inscrits est de 413.

Le PAAF souligne dans ses observations que le fait de restreindre le rôle de l'un ou l'autre groupe aurait de graves répercussions sur l'accès aux services pour les clients ainsi que sur le choix qui leur est offert[22].

8.3 Responsabilité

Malgré les mesures louables que prend l'AHIP pour gouverner ses membres, elle n'a pas le pouvoir de veiller à ce qu'ils observent les normes volontaires qu'elle a établies. L'AHIP pourrait également être perçue comme étant en situation de conflit – du fait qu'elle représente ses membres et qu'en même temps elle les gouverne. Une importante protection offerte par la *LPSR* est le dispositif par lequel est établie une nette distinction entre l'association qui défend la profession et l'ordre professionnel qui gouverne la profession dans l'intérêt du public.

Le système d'aiguillage connu sous le nom de « code d'alerte » est largement employé par les audioprothésistes pour adresser des clients à un médecin au fin d'un suivi médical mais l'AHIP n'a en place aucun mécanisme légal qui lui permette d'assurer l'observation de cette norme ou de toute autre norme qu'elle établit.

D'aucuns soutiennent que le risque d'être radié de la liste des fournisseurs de services inscrits auprès du PAAF encourage les membres à se conformer aux normes et aux exigences de l'AHIP en matière de formation continue. Cependant, le rôle du PAAF est de subventionner la fourniture d'appareils de correction auditive, non pas de faire appliquer des normes. Il ne s'intéresse pas particulièrement à la réglementation professionnelle dans l'intérêt du public.

[22] PAAF, observations adressées au CCRPS, 17 juin 2005, p. 2.

8.4 Protection associée à la réglementation

Unifier un cadre de réglementation dispersé

Les médecins, les infirmières et les audiologistes sont membres d'un ordre professionnel qui prévoit un processus accessible de traitement des plaintes pour les patients et qui tient compte du point de vue des consommateurs dans sa structure de gouvernance en faisant intervenir les membres de son conseil transitoire, nommés publiquement. Les audioprothésistes ne sont pas réglementés et, bien que l'AHIP, une organisation qui s'autoréglemente volontairement, ait fait un travail appréciable pour établir des normes et un processus de traitement des plaintes, ses procédures n'ont pas le pouvoir de la réglementation et n'exigent pas d'elle qu'elle rende des comptes au public. Néanmoins, les audioprothésistes fournissent dans une vaste mesure les mêmes services de délivrance d'appareils de correction auditive que les audiologistes, partagent une partie de leur champ d'exercice et dispensent des soins auditifs à un nombre important d'Ontariennes et d'Ontariens.

Obligation d'assurer la qualité

La *LPSR* exige que chaque profession réglementée ait en place un programme d'assurance de la qualité. Compte tenu des changements spectaculaires survenus sur le plan de la technologie et des connaissances en matière de santé, tous les professionnels de la santé auditive devraient être assujettis aux exigences d'amélioration de la qualité et en bénéficier. L'AHIP a pris des mesures dans ce domaine mais un modèle d'ordre professionnel réglementé impose une plus grande rigueur à ces activités et élève la barre des exigences en matière d'études en même temps que progresse la connaissance technologique et scientifique.

8.5 Confusion au sein du public et parmi les praticiens

Dans le système actuel, la confusion règne en maître au sein du public lorsqu'il s'agit de déterminer qui fournit quel service. Les consommateurs invités à participer aux consultations du CCRPS étaient souvent incapables de déterminer si le professionnel qui les soignait était audiologiste ou audioprothésiste. Cependant, ils savaient parfaitement qu'ils s'attendaient à ce que les personnes leur dispensant des services soient tenues de satisfaire à des normes élevées. Les consommateurs, souvent, pensaient que tous les professionnels dispensant les mêmes services étaient réglementés.

Certains consommateurs ont signalé avoir été renvoyés à plusieurs reprises d'un professionnel de la santé auditive à un autre; d'autres encore ont été soumis aux mêmes tests auditifs à de multiples occasions. Ce dédoublement de services inutile et coûteux a été vivement décrié.

D'autre part, le CCRPS a appris qu'il y avait un manque de communication entre les audiologistes et les audioprothésistes en ce qui concerne leurs normes professionnelles respectives à l'égard du traitement, de l'aiguillage et du suivi médical, ainsi qu'un manque de collaboration quant au maintien des compétences et aux services de soutien mutuel ou d'encadrement.

8.6 Conclusion

L'inclusion des audioprothésistes dans le modèle proposé par la *LPSR* est conforme à nos principes provinciaux de réglementation de la santé et assurerait au public la responsabilité exigée d'une profession autonome. La réglementation établirait les exigences minimums d'entrée dans la profession, un processus de traitement des plaintes et une procédure disciplinaire, les exigences relatives à la qualité et au maintien des compétences, ainsi que des normes d'exercice discernables pour les audioprothésistes. La recommandation formulée par le CCRPS pour que la délivrance d'appareils de correction auditive soit reconnue comme un acte autorisé est selon toute logique suivie de la réglementation des audioprothésistes, qui, comme les audiologistes, fournissent un nombre considérable de services liés à la délivrance de tels appareils en Ontario.

8.7 Recommandation

Le CCRPS présente la recommandation suivante au ministre :

4. Que les audioprothésistes soient réglementés en tant que profession dans le cadre de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées.*

9. Formes de réglementation possibles

Ayant conclu qu'il convenait de réglementer les audioprothésistes dans le cadre de la *LPSR*, le CCRPS a examiné différentes formes de réglementation et d'autres questions liées à la réglementation.

Modèles de réglementation

Le CCRPS a analysé un certain nombre de modèles qui pourraient être employés pour réglementer les audioprothésistes et qui, en même temps, reflètent la réalité des chevauchements dans le champ d'exercice des audioprothésistes et celui des audiologistes. Le CCRPS souhaite que le modèle choisi améliore la collaboration intraprofessionnelle et qu'il rende possibles la création de programmes conjoints d'assurance de la qualité et l'élaboration collective de normes d'exercice pour les procédures communes aux deux professions.

Le CCRPS a considéré différentes possibilités, notamment les suivantes :

9.1 Ordre professionnel autonome

Dans ses observations adressées au CCRPS, l'AHIP propose que les audioprothésistes soient réglementés par un ordre professionnel indépendant aux termes de la *LPSR*. L'AHIP craint que la réglementation par l'Ordre des audiologistes et des orthophonistes de l'Ontario ne compromette gravement [traduction] « le rôle intrinsèque des audioprothésistes au sein de l'équipe de soins de santé auditive, compte tenu de la méconnaissance… des exigences et des compétences »[23].

[23] AHIP, observations adressées au CCRPS, juin 2005.

Le CCRPS a examiné cette option, noté que la profession accepterait volontiers d'être réglementée et que, selon toute probabilité, ses membres se conformeraient aux exigences de réglementation de la *LPSR*. Le CCRPS s'inquiétait, cependant, de la lourde tâche qui retomberait sur les 365 membres de l'AHIP souhaitant établir et appuyer un ordre professionnel autonome, dont le mandat est de protéger l'intérêt du public, tout en maintenant une association active qui intervient au nom de la profession.

Le CCRPS craint par ailleurs qu'un ordre professionnel autonome n'installe des malentendus entre audiologistes et audioprothésistes et n'aboutisse avant longtemps à des normes inconciliables. Dans la mesure où, de plus en plus, les soins de santé sont fournis par des équipes multidisciplinaires, un mode de réglementation qui négligerait l'approche collaborative serait une contre-performance. Le CCRPS est persuadé qu'il convient plutôt de diminuer que d'augmenter la fragmentation des professions de la santé interdépendantes. Ceci n'a pas été perçu comme une option viable.

9.2 Réglementation par l'OAOO

Les audioprothésistes pourraient, par exemple, s'inscrire comme membres de l'OAOO. L'AHIP a exprimé clairement ses réserves face à cette solution, affirmant que ses membres seraient ainsi désavantagés.

Le CCRPS reconnaît qu'une méconnaissance mutuelle des compétences de part et d'autre a engendré des idées fausses et un manque de confiance au sein de ces deux associations professionnelles et d'autres groupes. Accroître l'autorité de l'OAOO sur les praticiens ne serait pas acceptable pour ces derniers ni pour les principaux dépositaires d'enjeux. Ceci n'a donc pas été perçu comme une option privilégiée.

9.3 Nouvel ordre professionnel mixte

Le CCRPS a envisagé la possibilité de dissoudre l'OAOO et de créer un nouvel Ordre des orthophonistes, des audiologistes et des audioprothésistes. Cette option donnerait aux orthophonistes, aux audiologistes et aux audioprothésistes l'occasion de combler les lacunes en matière de réglementation et de travailler ensemble à résoudre leurs problèmes et à améliorer l'avenir de leurs professions. L'implication de trois groupes professionnels serait pour les autres un témoignage éloquent des avantages de la collaboration pendant que se poursuit de manière indépendante l'établissement des exigences et des normes d'exercice. L'inconvénient dans cette proposition? Les fonctions actuelles de l'OAOO seraient perturbées pendant la transition, et le processus serait lourd pour les membres actuels de l'Ordre. Le CCRPS a donc conclu que ceci n'était pas une option privilégiée.

9.4 Option privilégiée : un ordre composite hybride

L'option recommandée par le CCRPS est l'établissement d'un nouvel Ordre des professionnels de l'audition et de l'orthophonie de l'Ontario, inspiré du modèle de l'actuel Ordre des audiologistes et des orthophonistes. Les fonctions de réglementation importantes de l'OAOO seraient maintenues pendant qu'un nouvel ordre serait mis en place.

Le nouvel ordre reconnaîtrait chaque profession en élisant certains de ses membres au conseil, et en faisant participer les membres de la profession au traitement des plaintes, à la procédure disciplinaire ou à l'évaluation de l'aptitude à exercer lorsqu'un membre de la profession est en cause.

De plus, les nouvelles dispositions de la loi permettraient au conseil d'établir des comités ad hoc pour les questions professionnelles concernant l'élaboration et l'examen de normes d'exercice et le maintien des compétences, l'assurance de la qualité et les programmes d'amélioration de la qualité au sein de la profession. Le conseil aurait également la capacité de former des comités ad hoc pour les questions interdisciplinaires, par exemple lorsque le champ et les normes d'exercice ont des éléments en commun. L'ordre serait chargé de faire progresser la coopération interdisciplinaire et de veiller à ce que tous les membres inscrits soient capables de mettre entièrement à profit leur formation et leurs compétences.

Ni le champ d'exercice de l'audiologie ni celui de l'orthophonie ne changeraient. Un nouveau champ d'exercice serait établi pour les audioprothésistes. Les audiologistes demeureraient autorisés à prescrire des appareils de correction auditive et, comme les audioprothésistes, auraient en outre le droit d'accomplir l'acte autorisé de délivrance d'appareils de correction auditive.

De l'avis du CCRPS, les audiologistes et les audioprothésistes sont en mesure de délivrer des appareils de correction auditive sans supervision. Si les deux professions sont incluses dans un mode de réglementation commun, on pourra dès lors établir des normes d'exercice afin de veiller, par exemple, à ce que les tests auditifs pour les jeunes de moins de 19 ans ne soient réalisés que par un audiologiste, et élaborer des normes d'exercice pour les embouts auriculaires ou d'autres procédures courantes nécessaires à la délivrance d'un appareil de correction auditive. Les professions auraient la possibilité d'élaborer des normes et des directives qui leur sont propres au sein de l'Ordre, notamment celles qui concernent les tests auditifs ou les pratiques commerciales. Dans le même ordre d'idées, les orthophonistes pourraient considérer des normes d'exercice propres à leur profession à l'intérieur d'un comité ad hoc, ou travailler conjointement avec soit l'une des deux autres professions, soit les deux, aux questions d'intérêt mutuel.

L'OAOO a défini plusieurs domaines à examiner dans la délivrance d'appareils de correction auditive : les pratiques de lutte contre l'infection pour les empreintes d'oreille et les adaptations, les conflits d'intérêt, la protection des consommateurs, ainsi que l'emploi et l'entretien du matériel utilisé dans les tests. Ces questions pourraient être résolues à force de dialogue, de collaboration et de pratiques exemplaires.

En cas de conflit entre les professions à propos des normes, le conseil de l'Ordre, notamment les membres nommés par le lieutenant-gouverneur en conseil, jouerait le rôle d'arbitre. Le conseil serait également chargé de confirmer les règlements, les normes, les directives et les règles (comme le sont actuellement tous les ordres professionnels) dans le cadre de ses activités courantes ou selon les besoins de la *LPSR*.

9.5 Conclusion

Le regroupement des audioprothésistes avec les audiologistes et les orthophonistes au sein d'un ordre professionnel revitalisé dans le cadre de la *LPSR* et l'ajout d'un acte autorisé sont un moyen efficace et efficient d'améliorer la réglementation des professionnels des soins de santé auditive. Ce mécanisme offre des mesures de protection au public sans limiter l'accès des consommateurs aux soins. Il jette les bases d'une meilleure entente parmi les professionnels de l'audition et de l'orthophonie et devrait favoriser la collaboration.

10. Transition

Conseil transitoire

Afin d'assurer une mise en oeuvre harmonieuse, le CCRPS recommande que soit mis en place un conseil transitoire qui tracera la voie à l'établissement d'un nouvel ordre professionnel, et que ce conseil réunisse : deux représentants nommés par l'AHIP; deux membres du conseil de l'OAOO, dont un audiologiste au moins; un représentant du milieu universitaire; et des personnes nommées par le lieutenant-gouverneur en conseil. Le conseil pourrait établir des sous-comités qui le seconderaient et qui auraient les fonctions suivantes :

- élaborer une liste des praticiens qui s'identifient comme audioprothésistes;
- définir un corpus essentiel de connaissances s'appliquant à l'ensemble des audioprothésistes;
- définir les exigences en matière d'études et les équivalences aux fins de l'inscription à l'Ordre;
- demander au registrateur d'inscrire les candidats qui répondent aux critères d'inscription, et déterminer les conditions, les restrictions ou les modalités dont devrait s'assortir l'inscription d'un candidat;
- établir les normes d'exercice des audioprothésistes;
- élaborer des programmes de qualité pour les audioprothésistes;
- élaborer des programmes de communication afin de diffuser l'information aux audioprothésistes, aux établissements d'enseignement, aux autres professions et aux membres du public.

L'Ordre des audiologistes et des orthophonistes de l'Ontario serait maintenu jusqu'à l'établissement du nouvel ordre. Le CCRPS estime que les travaux du conseil transitoire pourraient être achevés en l'espace de deux ans tout au plus.

11. Recommandations

Le CCRPS présente les recommandations suivantes au ministre :

1. Il n'est pas nécessaire de redéfinir l'acte autorisé de « prescription d'appareils de correction auditive aux personnes malentendantes » à l'alinéa 27 (2) 10 de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*.

2. Que les procédures suivantes ne soient pas des actes autorisés aux termes de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* : l'évaluation audiologique et la communication de ses résultats; la communication d'un diagnostic audiologique; les tests auditifs; l'introduction d'air, de gaz ou d'eau sous pression, l'application d'énergie à des niveaux de pression acoustique élevés, l'introduction ou le retrait d'instruments, d'appareils, de doigts ou d'autres objets dans le conduit auditif externe; la gestion du cérumen.

3. Que l'alinéa 27 (2) 10 de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

    10. La prescription ou la délivrance d'appareils de correction auditive aux personnes malentendantes.

4. Que les audioprothésistes soient réglementés en tant que profession dans le cadre de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*.

5. Que le titre de la *Loi de 1991 sur les audiologistes et les orthophonistes* soit remplacé par *Loi sur les professionnels de l'audition et de l'orthophonie*.

6. Que la définition du terme « Ordre » à l'article 1 et au paragraphe 2 (2) de la *Loi de 1991 sur les audiologistes et les orthophonistes* soit abrogée et remplacée par celle-ci :

    « Ordre » Ordre des professionnels de l'audition et de l'orthophonie de l'Ontario. (« College »)

7. Que la définition de « profession » à l'article 1 et au paragraphe 2 (2) de la *Loi de 1991 sur les audiologistes et les orthophonistes* soit abrogée et remplacée par celle-ci :

    « profession » la profession d'audiologiste, la profession d'orthophoniste et la profession d'audioprothésiste. (« profession »)

8. Qu'une nouvelle définition de « règlement interne » soit ajoutée au paragraphe 2 (2) de la *Loi de 1991 sur les audiologistes et les orthophonistes* de la manière qui suit :

    « règlements administratifs » Le règlement interne pris en application de la présente loi. (« by-laws »)

9. Que l'article 3 de la *Loi de 1991 sur les audiologistes et les orthophonistes* soit modifié par l'adjonction du paragraphe suivant :

    L'exercice de la profession d'audioprothésiste consiste dans l'administration de tests auditifs, ainsi que dans l'adaptation et la délivrance d'appareils de correction auditive.

10. Que l'article 4 de la *Loi de 1991 sur les audiologistes et les orthophonistes* soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

(1) Dans l'exercice de la profession d'audiologiste, un membre est autorisé à prescrire ou à délivrer, sous réserve des conditions et restrictions dont est assorti son certificat d'inscription, des appareils de correction auditive aux personnes malentendantes.

(2) Dans l'exercice de la profession d'audioprothésiste d'ordonnances, un membre est autorisé à délivrer, sous réserve des conditions et restrictions dont est assorti son certificat d'inscription, des appareils de correction auditive aux personnes malentendantes.

11. Que l'article 5 de la *Loi de 1991 sur les audiologistes et les orthophonistes* soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

L'Ordre est créé sous le nom d'Ordre des professionnels de l'audiologie et de l'orthophonie de l'Ontario en français et sous le nom de College of Hearing and Speech-Language Professionals of Ontario en anglais.

12. Que l'article 6 de la *Loi de 1991 sur les audiologistes et les orthophonistes* soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

(1) L'Ordre se compose :

(a) d'au moins huit et d'au plus neuf personnes qui sont des membres élus conformément aux règlements administratifs;
(b) d'au moins six et d'au plus sept personnes que nomme le lieutenant-gouverneur en conseil et qui ne sont pas :
(i) membres,
(ii) membres d'un ordre, tel que le définit la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*,
(iii) membres d'un conseil, tel que le définit la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*;
(c) trois personnes choisies, conformément à un règlement administratif adopté en vertu de l'article 11, parmi les membres qui font partie du corps professoral de la faculté d'audiologie ou d'orthophonie d'une université ontarienne ou d'un programme de formation à la profession de spécialiste en audioprothèses d'un collège communautaire ontarien.

Qui peut voter aux élections

(2) Sous réserve des règlements administratifs, chaque membre qui exerce sa profession ou réside en Ontario et qui a payé sa cotisation annuelle a droit de vote lors d'une élection des membres du conseil.

13. Que l'article 8 de la *Loi de 1991 sur les audiologistes et les orthophonistes* soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

(1) Nul autre qu'un membre ne doit employer les titres d'« audiologiste », d'« orthophoniste », de « logopède », d'« audioprothésiste » ou de « spécialiste en audioprothèses », une variante ou une abréviation, ou un équivalent dans une autre langue.

Déclaration de compétence

(2) Nul autre qu'un membre ne doit se présenter comme une personne ayant qualité pour exercer en Ontario la profession d'audiologiste, d'audioprothésiste, de spécialiste en audioprothèses ou d'orthophoniste, ou une spécialité de l'audiologie, de l'orthophonie ou de la profession d'audioprothésiste.

Définition

(3) La définition qui suit s'applique au présent article.
«abréviation» S'entend en outre de l'abréviation d'une variante.

14. Que l'article 11 de la *Loi de 1991 sur les audiologistes et les orthophonistes* soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

(1) Le conseil peut, par règlement administratif, traiter des compétences, du choix et du mandat des membres du conseil qui sont choisis.

(2) Le règlement administratif prévoit la représentation égale des audiologistes, des orthophonistes et des audioprothésistes.

(3) Le conseil, par règlement administratif, établit trois comités, dont chacun se compose exclusivement de membres d'une même profession et de membres habilités, sous réserve de l'approbation du Conseil, à établir des règles, des normes d'exercice et des directives sur les questions concernant exclusivement cette profession, conformément au domaine et aux critères établis par le Conseil.

15. Que l'article 12 de la *Loi de 1991 sur les audiologistes et les orthophonistes* soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

(1) L'Ordre des audiologistes et des orthophonistes de l'Ontario est maintenu jusqu'à la proclamation de l'article 5.

(2) Le lieutenant-gouverneur en conseil, sur recommandation du ministre de la Santé et des Soins de longue durée, nomme, pour une période de deux ans, un conseil transitoire, un président et un vice-président.

(3) Le conseil transitoire compte : un président; un vice-président; au moins deux représentants nommés par le conseil de l'Ordre des audiologistes et des orthophonistes de l'Ontario; au moins deux représentants nommés par l'Association of Hearing Instrument Practitioners; un représentant du corps professoral d'un programme de formation à la profession de spécialiste en audioprothèses d'un collège communautaire ontarien; au moins trois et au plus quatre personnes qui ne sont pas membres de l'Ordre des audiologistes et des orthophonistes de l'Ontario.

Pouvoirs du conseil transitoire

(4) Après (date) mais avant l'entrée en vigueur de la présente loi, le conseil transitoire, ses employés et ses comités peuvent faire tout ce qui est nécessaire ou souhaitable en prévision de l'entrée en vigueur de la présente loi et tout ce que le conseil, ses employés et ses comités pourraient faire en vertu de la présente loi si elle était en vigueur.

Idem

(5) Sans préjudice de la portée générale du paragraphe (3), le conseil transitoire peut nommer un registrateur, et ce dernier ainsi que les comités du conseil peuvent recevoir et traiter les demandes de délivrance de certificat d'inscription, imposer les droits relatifs aux demandes et délivrer les certificats d'inscription

(6) Au moment de la nomination de ses membres, le conseil transitoire prend immédiatement les dispositions nécessaires pour :

1. élaborer une liste des praticiens qui s'identifient comme audioprothésistes (y compris les audioprothésistes d'ordonnances et les spécialistes en audioprothèses);
2. définir un corpus essentiel de connaissances s'appliquant à l'ensemble des audioprothésistes;
3. définir les exigences en matière d'études et les équivalences aux fins de l'inscription à l'Ordre.
4. demander au registrateur d'inscrire les candidats qui répondent aux critères d'inscription, et déterminer les conditions, les restrictions ou les modalités dont devrait s'assortir l'inscription d'un candidat.
5. établir les normes d'exercice des audioprothésistes;
6. élaborer des programmes de qualité pour les audioprothésistes;
7. élaborer des programmes de communication afin de diffuser l'information aux audioprothésistes, aux établissements d'enseignement, aux autres professions et aux membres du public.

Pouvoirs du ministre

(7) Le ministre peut :

(a) exercer un contrôle sur les activités du conseil transitoire et exiger de celui-ci qu'il fournisse des rapports et des renseignements;

(b) exiger du conseil transitoire qu'il prenne, modifie ou abroge un règlement aux termes de la présente loi;

(c) exiger du conseil transitoire qu'il fasse tout ce qui est nécessaire ou souhaitable, de l'avis du ministre, pour réaliser l'intention de la présente loi et de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*.

Obligation du conseil transitoire de satisfaire à l'exigence du ministre

(8) Si le ministre exige du conseil transitoire qu'il prenne l'une ou l'autre mesure prévue au paragraphe (7), le conseil transitoire

doit, dans le délai et de la manière précisés par le ministre, satisfaire à l'exigence et présenter un rapport.

Règlements

(9) Si le ministre exige du conseil transitoire qu'il prenne, modifie ou abroge un règlement en vertu de l'alinéa (7) b) et que le conseil transitoire n'obtempère pas dans les soixante jours, le lieutenant-gouverneur en conseil peut prendre, modifier ou abroger le règlement.

Idem

(10) Le paragraphe (8) n'a pas pour effet d'autoriser le lieutenant-gouverneur en conseil à faire quoi que ce soit que le conseil transitoire n'est pas habilité à faire.

Frais

(11) Le ministre peut rembourser le conseil transitoire des frais engagés pour satisfaire à une exigence prévue au paragraphe (6).

12. Autres considérations

12.1 Qualité des soins

Si les consultations publiques ont généré quelques rares anecdotes concernant des soins inappropriés, un diagnostic erroné ou des appareils de correction auditive n'ayant jamais servi, dans l'ensemble, on s'est entendu à dire que la qualité des soins de santé auditive en Ontario était supérieure à la moyenne.

Une exception notable concernait les soins de santé auditive offerts aux personnes âgées dans les établissements de soins de longue durée. Plusieurs rapports de consommateurs et de professionnels relataient comment des personnes âgées visiblement détachées de l'extérieur renouait avec leur milieu après la gestion du cérumen dans leurs appareils de correction auditive. C'est plutôt là une question de prestation de services qu'une question de réglementation professionnelle, mais le CCRPS suggère qu'elle soit prise en compte dans la planification des services aux personnes âgées, dans le cadre de programmes à domicile ou de programmes de soins de longue durée.

12.2 Titres professionnels

L'OSLA et de nombreux audiologistes ont fait valoir au CCRPS que les professionnels qui avaient obtenu un doctorat devraient avoir le droit d'utiliser le titre de « docteur » lorsqu'ils dispensent des soins de santé. Le CCRPS recommande une utilisation plus vaste de ce titre et cette question est développée dans la section du présent rapport intitulée « Cadre législatif » (chapitre 2).

RÉGLEMENTATION DES OPTICIENS

Question du ministre

En février 2005, le ministre de la Santé et des Soins de longue durée a demandé l'avis du Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé (CCRPS) sur les questions suivantes, relatives à la profession d'opticien :

> Y a-t-il un risque de préjudice lié à la préparation d'appareils de correction visuelle, et quels aspects, le cas échéant, doivent être autorisés en vertu de la *LPSR* [*Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*]? La réfractométrie fait-elle partie du champ d'exercice de la profession d'opticien, et comment les normes devraient-elles être établies et contrôlées pour chacune de ces activités[1]?

Le CCRPS a examiné ces questions en deux temps.

1) Préparation d'appareils de correction visuelle
   Le CCRPS a évalué si la préparation d'appareils de correction visuelle présente un risque de préjudice, et si cet acte doit continuer à être autorisé en vertu de la *LPSR*.

2) Réfractométrie
   Le CCRPS a évalué si la réfractométrie fait actuellement partie du champ d'exercice de la profession d'opticien, et si elle devrait en faire partie.

Il a fallu régler ces questions avant d'aborder celles concernant les normes.

Réponse du CCRPS

Le CCRPS recommande que la préparation d'appareils de correction visuelle demeure un acte autorisé en vertu de la *LPSR*.

En ce qui a trait à la réfractométrie, le CCRPS recommande que les opticiens qualifiés soient autorisés à effectuer des examens de réfraction, à condition que ces examens soient menés en collaboration avec un optométriste ou un médecin, dans le cadre d'un examen complet de la vue.

1. Processus de consultation

Le CCRPS a lancé un appel de soumissions et amorcé des consultations auprès d'un large éventail d'intervenants. Il a reçu 28 soumissions, notamment de l'Ordre des opticiens de l'Ontario (l'Ordre) et de l'Ontario Opticians Association (OOA). Il a aussi tenu 14 rencontres avec des associations et des ordres professionnels intéressés. Pour sa part, le public

[1] Lettre de demande du ministre, février 2005, annexe A.

a été invité à participer à des groupes de discussion, auxquels se sont ajoutés un certain nombre d'entretiens téléphoniques. Les consultations ont porté sur toutes les questions soulevées dans la demande du ministre[2]. Enfin, le CCRPS a mené une analyse documentaire et a examiné la situation dans d'autres territoires de compétence, de qui il a aussi obtenu certaines précisions.

2. Contexte

2.1 Comment le public reçoit-il des soins de la vue?

En Ontario, les soins de la vue sont fournis par les membres des professions de la santé réglementées, dont les opticiens, les optométristes, les ophtalmologistes, les médecins généralistes et les médecins de famille. Chaque profession est assujettie à un champ d'exercice bien défini, qui décrit la gamme et le type de services pouvant être rendus. Le processus par lequel on obtient sur ordonnance des appareils de correction visuelle comprend les étapes suivantes :

- évaluation du patient (examen de la vue);
- communication du diagnostic;
- prescription de l'appareil de correction visuelle;
- préparation de l'appareil selon l'ordonnance.

Les champs d'exercice des différents professionnels de la santé se recoupent en partie. Par exemple, les ophtalmologistes et les optométristes peuvent mener des examens de la vue et prescrire des appareils de correction visuelle. Les optométristes peuvent également préparer des appareils de correction visuelle, tout comme les opticiens.

2.2 Qu'est-ce qu'un opticien?

Le processus par lequel on exécute une ordonnance d'appareil de correction visuelle s'appelle la préparation. Les appareils de correction visuelle comprennent les verres de contact, les lunettes autres que les lentilles grossissantes ordinaires, de même que tout appareil pour les malvoyants. Les opticiens préparent ces appareils pour le public conformément aux ordonnances des optométristes et des médecins. Les optométristes sont aussi autorisés à en préparer. Outre la préparation, les opticiens offrent des conseils sur le port des montures ou des verres de contact. En tenant compte des caractéristiques physiques et des circonstances particulières des clients, comme leur profession et leurs activités quotidiennes, les opticiens aident à choisir le type d'appareil le mieux adapté.

La majorité des opticiens pratiquent dans des établissements de détail faciles d'accès. On fait souvent appel à eux pour diverses questions touchant la vue. En tant que professionnels de première ligne en soins de la vue, les opticiens doivent orienter les personnes souffrant d'affections complexes des yeux vers le médecin généraliste, l'optométriste ou l'ophtalmologiste.

[2] Soumissions affichées dans le site Web du CCRPS, www.hprac.org.

Quelque 2 000 opticiens pratiquent actuellement en Ontario. La majorité travaillent en région urbaine, et près du quart à Toronto. Le nombre d'opticiens inscrits s'accroît en moyenne de 35 chaque année dans la province.

2.3 Études et formation

Pour pratiquer, les opticiens doivent suivre un programme de deux ans en temps plein menant à un diplôme, approuvé par le ministère de la Formation et des Collèges et Universités, ou un programme équivalent approuvé par le comité d'inscription de l'Ordre. En Ontario, les collèges Seneca et Georgian offrent un programme menant au diplôme d'opticien. Dans l'un et l'autre de ces établissements, les cours portent notamment sur la préparation et la réfractométrie.

- ***Préparation*** – Dans le cadre de leur formation, les étudiantes et les étudiants effectuent un stage d'au moins 1 000 heures dans un lieu de préparation, sous la supervision d'un opticien, d'un optométriste ou d'un médecin. Ils doivent alors préparer au moins 250 paires de lunettes et 20 paires de verres de contact afin de démontrer leurs capacités.

- ***Réfractométrie*** – La réfractométrie permet de mesurer l'erreur de réfraction de l'œil dans le cadre d'un examen de la vue. Auparavant, cette procédure se faisait manuellement et prenait beaucoup de temps, mais elle est aujourd'hui en grande partie automatisée. En matière de santé de l'œil, elle forme seulement une partie de l'examen de la vue. Les compétences relatives à la réfractométrie, élaborées par la National Association of Canadian Optician Regulators (NACOR), ont été intégrées à la grille des compétences du comité national d'agrément des opticiens.

2.4 Ordre des opticiens de l'Ontario

Conformément à la *Loi de 1991 sur les opticiens*, l'Ordre des opticiens de l'Ontario (l'Ordre) régit la profession d'opticien de façon autonome. L'Ordre a la responsabilité d'inscrire et de réglementer les opticiens et de maintenir les normes de pratique et les capacités de ses membres par le biais de programmes de qualité des soins et d'éducation. La mise en oeuvre de normes de pratique et de programmes de maintien des compétences permet de s'assurer que les praticiens sont aptes à exécuter les actes autorisés à la profession et rendent ces derniers responsables à l'égard de leur rendement et de leur conduite.

2.5 Autres territoires de compétence

La profession d'opticien est réglementée partout au Canada, sauf dans les Territoires du Nord-Ouest et au Yukon. Là où elle est réglementée, l'acte de préparation est réservé ou autorisé légalement. Les opticiens peuvent alors préparer des appareils de correction visuelle conformément aux

ordonnances de professionnels qualifiés. Dans sept provinces ayant réglementé la profession (Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Nouveau-Brunswick, Île-du-Prince-Édouard, Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve-et-Labrador), deux types de permis de pratiquer peuvent être accordés, selon la capacité de préparer des verres de contact. Là où il n'y a qu'un seul type de permis, comme en Ontario, les programmes d'études forment dans la préparation des verres de contact.

Aux États-Unis, la réglementation des professions de la santé est la responsabilité de chaque État. En octobre 2004, 24 États réglementaient les opticiens et leur accordaient des permis de pratique. À l'opposé, 27 États estimaient que le risque de préjudice était trop faible pour justifier l'agrément ou l'inscription des opticiens ou l'octroi de permis. De nombreux États interdisent aux opticiens indépendants de préparer des verres de contact, ce qui limite la vente de ce produit aux ophtalmologistes et aux optométristes.

3. Préparation d'appareils de correction visuelle sur ordonnance

3.1 Processus de préparation

Le processus de préparation se divise en quatre étapes.

- ***Préparatifs :*** à l'aide de ses connaissances sur les appareils de correction visuelle, l'opticien choisit la lentille et/ou la monture qui convient au client et qui répond à l'ordonnance, détermine la viabilité de la lentille en fonction de l'ordonnance et établit correctement les dimensions du visage du client.

- ***Adaptation :*** il est parfois nécessaire d'adapter la force de la lentille au type d'appareil choisi et aux caractéristiques physiques du client. Il faut alors faire preuve de jugement professionnel afin d'éviter les erreurs susceptibles de nuire à l'efficacité globale de l'appareil.

- ***Vérification :*** afin d'assurer la qualité du produit, l'opticien vérifie le résultat du processus de fabrication. Comme la fabrication n'est pas réglementée, il appartient à l'opticien de veiller à la qualité de l'appareil.

- ***Livraison :*** il est important de vérifier que l'appareil fait bien au client, d'ajuster les lunettes et de fournir l'information pertinente et les directives sur l'entretien du produit. La santé oculaire du client peut dépendre de la clarté et de la justesse de ces directives.

3.2 Mesures de protection pertinentes

Actes autorisés

1. *Prescription* – Seuls les médecins et les optométristes sont actuellement autorisés à prescrire des appareils de correction

visuelle. Le fait d'exiger une ordonnance pour la préparation de ces appareils permet de s'assurer que les modifications dans l'acuité visuelle sont suivies par un professionnel apte à diagnostiquer la cause des troubles de la vue et à lier ces troubles à d'autres affections[3].

2. *Préparation* – L'acte de préparer des appareils de correction visuelle sur ordonnance est autorisé par la loi depuis la naissance de la profession d'opticien, ce qu'a confirmé la *LPSR* dès son adoption en 1991. Cette exigence est motivée par le besoin de réduire le risque de préjudice lié à l'exécution d'ordonnances complexes. La législation actuelle permet aux opticiens et aux optométristes de préparer des appareils de correction visuelle. Les membres des deux professions sont responsables de la précision de leur travail et de la qualité du produit qu'ils préparent.

Normes de pratique en matière de préparation

Les ordres professionnels d'opticiens et d'optométristes ont fixé des normes de pratique relatives à la préparation des appareils de correction visuelle. Tous deux disposent en outre de comités et de processus légaux de traitement des plaintes, de discipline et d'assurance de la qualité, qui servent à éclaircir les manquements aux normes professionnelles et à renforcer la compétence des membres de leur profession.

4. Facteurs soutenant la recommandation du CCRPS

4.1 Risque de préjudice

Le fait que la préparation d'appareils de correction visuelle sur ordonnance présente un risque de préjudice pour les patients et les clients est largement admis chez les praticiens et dans la littérature. En outre, un juge de la Cour de l'Ontario a confirmé récemment que les éléments de preuve disponibles permettent d'établir, hors de tout doute raisonnable, que cet acte présente un risque de préjudice[4]. Le degré de risque demeure toutefois incertain.

En effet, le risque varie en fonction du type d'appareil, de l'âge et/ou de l'état de santé du patient, de la complexité de l'ordonnance et des compétences de l'opticien d'ordonnance. Le risque de préjudice est important dans certains cas, dont les suivants.

- ***Préparation de verres de contact*** – Comme les verres de contact sont posés directement sur l'œil, la personne court un risque accru de réaction allergique, d'infection (qui peut marquer la cornée d'une cicatrice), d'œdème cornéen (ou enflure) et d'abrasion cornéenne (adaptation incorrecte du verre de contact). Tous ces troubles peuvent entraîner une déficience permanente. La personne risque aussi de subir des dommages permanents si les verres de

[3] Les lentilles grossissantes ordinaires (comme certains types de lunettes vendus en pharmacie), qui peuvent être achetées sans ordonnance, ne sont pas considérées comme des appareils de correction visuelle.

[4] Ordre des opticiens de l'Ontario c. Sandra Wadden and King Optical Group Inc. (1999), Cour de justice de l'Ontario.

contact empêchent l'oxygène d'atteindre les régions internes de l'œil. On peut réduire ces risques en informant correctement le patient lors du processus de préparation.

- ***Préparation d'appareils de correction visuelle pour les patients de moins de 19 ans*** – L'un des troubles de la vue les plus répandus chez les enfants est l'amblyopie, parfois appelée « œil paresseux ». Le traitement précoce, notamment par l'occlusion, la chirurgie ou le port de lunettes, peut cependant corriger de nombreuses affections de l'œil chez l'enfant. Selon Santé Canada, les patients de moins de 19 ans sont très réceptifs aux traitements prodigués. L'efficacité du traitement dépend directement de la justesse de l'appareil préparé. Il importe également de s'assurer que l'enfant reçoit des lunettes à verres incassables.

- ***Préparation d'appareils de correction visuelle pour les patients de plus de 65 ans*** – Les maladies liées au vieillissement, comme la dégénérescence maculaire, la cataracte, la rétinopathie diabétique et le glaucome compliquent les besoins en appareil de correction visuelle de nombreux patients âgés et exigent le suivi d'un professionnel qualifié. Ces affections, comme d'autres troubles oculaires, peuvent nuire considérablement à la qualité de vie. Les aînés portent habituellement des verres bifocaux pour corriger la presbytie (diminution de la capacité de distinguer les objets rapprochés). Ces verres augmentent cependant le risque de chute, car leur lentille inférieure rend flous les objets près du sol. Il convient donc de bien adapter les verres afin de minimiser ce risque.

- ***Préparation d'aides contre la basse vision*** – Les aides contre la basse vision servent à améliorer la vision des personnes souffrant de troubles de la vue graves. Elles comprennent les aides monoculaires, les lunettes de lecture d'ordonnance, les documents imprimés en gros caractères, les verres grossissants, la télévision en circuit fermé, les enregistrements audio, les appareils de lecture électronique et les ordinateurs qui utilisent des gros caractères et qui fonctionnent par commande vocale. Le risque de préjudice est lié à la dépendance du patient aux aides optiques dans la vie quotidienne. Les erreurs dans la préparation de ces aides peuvent être la cause directe d'accidents chez le patient.

- ***Préparation d'appareils de correction visuelle selon des ordonnances complexes*** – Les ordonnances d'appareil de correction visuelle peuvent être complexes. Les verres bifocaux et progressifs et les facteurs de correction élevés exigent des compétences spécialisées, car la bonne fabrication de l'appareil demande de bien comprendre les éléments cruciaux de l'ordonnance. Les erreurs dans la fabrication et la préparation ne tardent pas à apparaître au patient, sa vision n'étant pas corrigée parfaitement.

L'existence d'un risque de préjudice important est moins claire dans le cas des adultes de 19 à 64 ans en santé. Selon les éléments de preuve disponibles, le risque pour ces personnes serait minimal.

4.2 Réglementation à deux vitesses

Le risque de préjudice a été démontré dans le cas des jeunes et des aînés, de même que dans celui des personnes de tous âges qui utilisent des verres de contact, des aides contre la basse vision et des appareils de correction visuelle complexes. Pour les autres, le risque serait minimal. Devant ce constat, le CCRPS a envisagé la déréglementation de la préparation des appareils de correction visuelle pour un certain groupe de population, les adultes de 19 à 64 ans en santé. Il a cependant conclu que cette décision n'était pas la meilleure à prendre pour les motifs suivants.

1. La réglementation de certaines ordonnances seulement créerait un système à deux niveaux où des personnes non assujetties à la réglementation prépareraient des appareils de correction visuelle pour un certain groupe de population. La préparation d'appareils de correction visuelle pour les personnes de moins de 19 ans ou de plus de 64 ans, de même que la préparation de verres de contact et d'aides contre la basse vision devraient quand même être réglementées. Un tel mode de réglementation pourrait être difficile à appliquer et à surveiller.

2. À l'heure actuelle, l'opticien ou l'optométriste vérifie l'ordonnance avant de livrer l'appareil au client. La déréglementation de certains types d'appareils compromettrait la qualité et la fiabilité du service de préparation dans son ensemble.

3. Même s'ils distinguent mal les rôles respectifs de l'opticien, de l'optométriste et de l'ophtalmologiste, les consommateurs ont des attentes élevées en soins des yeux. La déréglementation de la préparation des appareils de correction visuelle entraînerait l'arrivée d'un autre fournisseur, l'opticien d'ordonnance non réglementé. Le risque de confusion serait alors important, et la sécurité des patients pourrait être compromise.

4. Étant donné que l'Assurance-santé de l'Ontario ne rembourse plus les frais des examens de la vue annuels pour les adultes de 19 à 64 ans en santé, il devient encore plus important, pour ces personnes, de pouvoir se fier à des professionnels qualifiés pour leurs besoins en appareils de correction visuelle, et d'être orientés vers les fournisseurs de soins de santé compétents, le cas échéant.

4.3 Intérêt public

Les groupes de discussion ont établi que, pour la population, les opticiens d'ordonnance doivent être dûment qualifiés, et que les normes de préparation doivent être appliquées et surveillées. La législation actuelle tient les professionnels responsables de la précision de leur travail et de la qualité du produit préparé. La déréglementation, qui limiterait cette responsabilité, pourrait nuire à la qualité des soins et à la sécurité des patients.

5. Recommandation

Le CCRPS est d'avis que la préparation d'appareils de correction visuelle sur ordonnance présente un risque de préjudice pour le public. Bien que ce risque soit variable, il recommande que tous les aspects du travail demeurent réglementés. Il s'agit, plus précisément, des aspects suivants : les préparatifs, l'adaptation, la vérification et la livraison.

En outre, le CCRPS conclut que le cadre réglementaire qui s'applique actuellement à la préparation d'appareils de correction visuelle sur ordonnance sert l'intérêt public. Par conséquent, il présente la recommandation suivante.

Que la préparation des verres de contact, des lunettes autres que les lentilles grossissantes ordinaires et de tout appareil pour les malvoyants demeure un acte autorisé en vertu de la *LPSR*.

6. Délégation

Conformément à la *LPSR*, les professionnels de la santé réglementés peuvent déléguer sans restriction l'exécution d'un acte autorisé. Le délégataire peut alors être membre de la profession réglementée ou non. Tout ordre professionnel peut cependant établir des conditions, des limites ou des restrictions à cet égard, ou même interdire à ses membres d'agir comme délégants ou délégataires. Lorsque l'exécution d'un acte a été déléguée, le délégant demeure responsable de l'acte. C'est à lui qu'il incombe de rendre des comptes au patient et de surveiller l'exécution de l'acte de façon continue.

Le CCRPS a relevé des divergences entre les politiques de délégation des ordres chargés de la prestation des soins oculaires. Dans le cas des optométristes, l'article 28 de la *LPSR* et les règlements liés à la *Loi de 1991 sur les optométristes* qui concernent les fautes professionnelles permettent de déléguer l'exécution des actes d'optométrie autorisés et d'exécuter, par délégation, les actes réglementés qui ne sont pas autrement autorisés aux optométristes. Le 13 janvier 2005, le conseil de l'Ordre des optométristes de l'Ontario a approuvé une nouvelle politique sur la délégation et l'affectation qui met en place des mesures de protection adéquates à cet égard, aussi bien pour les délégants que pour les délégataires[5]. Les médecins sont eux aussi assujettis à des directives sur la délégation, lesquelles posent le délégant comme responsable de l'exécution de l'acte délégué.

L'Ordre des opticiens de l'Ontario, pour sa part, interdit à ses membres de déléguer l'exécution d'une partie ou de la totalité des actes qui leur sont autorisés[6]. Le règlement applicable prescrit également que les actes suivants constituent une faute professionnelle :

[5] Voir le document http://www.collegeoptom.on.ca/Del'%20'%20assign'%20w%20edits%20Jan%209-05.pdf.
[6] Règl. de l'Ont. 828/93 modifié jusqu'au Règl. de l'Ont. 216/94.

> [TRADUCTION] 5.1 Permettre à un opticien étudiant inscrit ou à un opticien stagiaire inscrit de préparer des verres de contact, des lunettes ou tout appareil pour les malvoyants, le conseiller ou l'assister à cet égard, à moins que cette personne soit sous la supervision ou la direction d'un opticien inscrit qui est présent physiquement à l'endroit et au moment où la préparation a lieu.

Par ailleurs, les éléments de preuve indiquent que la préparation d'appareils de correction visuelle non complexes pour les personnes de 19 à 64 ans présente un risque de préjudice minimal. Dans un tel cas, il convient de n'appliquer que des restrictions limitées à la pratique afin d'assurer le meilleur accès possible du public aux services.

Dans ces circonstances, l'Ordre devrait assouplir les restrictions actuelles et permettre aux opticiens de déléguer une partie ou la totalité de l'acte autorisé de préparation à des personnes qui possèdent les connaissances, les compétences et le jugement nécessaires, tout en respectant les directives établies par l'Ordre. Cette mesure permettrait aux membres de consacrer plus de temps à d'autres obligations liées à la clientèle, et elle offrirait aux patients et aux clients plus de commodité et un meilleur accès aux services exigés. Le CCRPS présente donc la recommandation suivante.

Que l'Ordre des opticiens de l'Ontario prenne un règlement, assujetti à l'approbation du lieutenant-gouverneur en conseil, permettant à ses membres de déléguer l'exécution de l'acte autorisé décrit à l'article 4 de la *Loi de 1991 sur les opticiens*, sous réserve des modalités appropriées.

La *LPSR* permet au ministre d'exiger du conseil d'un ordre professionnel « qu'il prenne, modifie ou abroge un règlement pris en application d'une loi sur une profession de la santé ou de la *Loi sur la réglementation des médicaments et des pharmacies* »[7], et que, si le conseil n'obtempère pas dans les soixante jours, le lieutenant-gouverneur en conseil peut agir à sa place, sur recommandation du ministre[8]. Le CCRPS présente donc la recommandation suivante.

Que, dans le cas où l'Ordre des opticiens de l'Ontario ne prenne pas le règlement conformément à l'alinéa 5(1)c) de la *LPSR* et au Règl. de l'Ont. 828/93 modifié jusqu'au Règl. de l'Ont. 216/94, article 1.4, le ministre ordonne à l'Ordre de prendre un règlement permettant à ses membres de déléguer l'exécution de l'acte autorisé décrit à l'article 4 de la *Loi de 1991 sur les opticiens*, sous réserve des modalités appropriées.

[7] Alinéa 5(1)c) de la *LPSR*.
[8] Paragraphe 5(3) de la *LPSR*.

7. Réfractométrie

7.1 Qu'est-ce que la réfractométrie?

La réfractométrie consiste en l'acte de mesurer l'erreur de réfraction de l'œil dans le cadre d'un examen de la vue. Elle permet d'établir les valeurs qui déterminent la puissance de la lentille requise pour mettre au point l'image sur la rétine. On procède à des examens de réfraction en parallèle avec des évaluations de la santé oculaire et de l'équilibre binoculaire afin de diagnostiquer la cause des troubles observés et, le cas échéant, de prescrire l'appareil de correction visuelle qui convient.

7.2 Normes de pratique

Les optométristes, les ophtalmologistes et certains médecins utilisent régulièrement la réfractométrie dans le cadre des examens de la vue. Leurs ordres professionnels ont la responsabilité de veiller à ce que les membres observent des normes de pratique à cet égard.

7.3 Directive ministérielle de 2001

Avant 2001, les opticiens de l'Ontario effectuaient des examens de réfraction. Les résultats étaient souvent transmis aux optométristes ou aux ophtalmologistes chargés d'autoriser les ordonnances d'appareils de correction visuelle. On s'est toutefois inquiété du fait que des opticiens préparaient des appareils en s'appuyant sur les résultats des examens qu'ils avaient menés eux-mêmes. Le CCRPS a alors compris que les opticiens établissaient eux-mêmes des ordonnances, outrepassant ainsi leur champ d'exercice. De plus, on a fait valoir à ce moment que cette pratique était dangereuse. Le 7 février 2001, la ministre de la Santé et des Soins de longue durée ordonnait donc à l'Ordre de demander à ses membres de ne plus effectuer d'examen de réfraction[9].

> Comme mesure principale, afin de donner suite aux préoccupations du CCRPS selon lesquelles l'utilisation de la réfractométrie par les opticiens pourrait contourner les dispositifs de sécurité publique prévus par la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées (LPSR)*, et parce que nous estimons que l'avis du CCRPS est conforme au mandat de protection de l'intérêt public qui sous-tend la *LPSR*, j'exige que l'Ordre prenne sur-le-champ les mesures nécessaires pour interdire à ses membres de pratiquer la réfractométrie et de modifier les ordonnances[10].

---

[9] Lettre de la ministre, Elizabeth Witmer, au conseil exécutif de l'Ordre des opticiens de l'Ontario, 7 février 2001. Dans cette lettre, M[me] Witmer ordonne au conseil d'aviser immédiatement ses membres que la réfractométrie ne fait pas partie du champ d'exercice établi par la *Loi de 1991 sur les opticiens*. Elle ordonne également que l'Ordre prenne sur-le-champ les mesures nécessaires pour interdire à ses membres de pratiquer la réfractométrie et de modifier les ordonnances. L'Ordre a obtempéré en adoptant officiellement une nouvelle norme de pratique communiquée aux membres le 9 mars 2001.

[10] Lettre de la ministre, Elizabeth Witmer, à la présidente de l'Ordre des opticiens de l'Ontario, Jean Warbucks, 7 février 2001.

Les opticiens respectent cette interdiction depuis 2001, tout en exerçant des pressions toutefois pour faire élargir le rôle qu'ils sont autorisés à jouer, notamment en matière de réfractométrie.

> Les opticiens de l'Ontario souhaitent fournir des services de réfractométrie aux consommateurs de la province. (...) Ils aimeraient aussi utiliser les résultats des examens de réfractométrie afin de fabriquer des appareils de correction visuelle[11].
>
> Ontario Opticians Association

8. Options

Afin de déterminer si la réfractométrie devrait faire partie du champ d'exercice des opticiens et, si c'est le cas, d'en établir l'objet, le CCRPS a examiné différentes options :

- permettre aux opticiens de mener des examens de réfraction, sans toutefois en utiliser les résultats;
- permettre aux opticiens de mener des examens de réfraction, et ensuite de prescrire des appareils de correction visuelle en fonction des résultats de ces examens seulement;
- permettre aux opticiens de mener des examens de réfraction, mais seulement en collaboration avec des professionnels autorisés à prescrire en vertu de la *LPSR* et appelés à utiliser les résultats des examens de réfraction dans le cadre d'examens complet de la vue.

Seule la troisième option ne présente aucun risque de préjudice important. Les risques posés par les deux premières sont abordés ci-dessous.

9. Facteurs soutenant la recommandation du CCRPS

9.1 Risque de préjudice

Les consultations et l'analyse documentaire ont révélé que la réfractométrie ne présente pas de risque de préjudice en tant que telle. En effet, il s'agit d'un simple examen de nature mécanique.

Le risque apparaît lors de l'utilisation des résultats. S'ils sont incorporés à un examen complet de la vue, en même temps que d'autres outils de diagnostic, les résultats peuvent éclairer le diagnostic et mener à la prescription d'appareils de correction visuelle.

Par contre, le fait de s'appuyer uniquement sur les résultats de l'examen de réfraction accroît considérablement le risque de préjudice pour le patient. En effet, l'opticien doit alors évaluer l'acuité visuelle et les besoins du patient à partir de renseignements limités. La probabilité de ne pas détecter l'affection, de ne pas orienter le patient vers un professionnel qualifié ou d'évaluer l'affection incorrectement augmente.

[11] Ontario Opticians Association, soumission de l'Ontario Opticians Association et de l'Association des opticiens du Canada au Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé, avril 2005, p. 7.

Le CCRPS doute fort que les patients aient alors conscience d'être privés du suivi et de l'évaluation nécessaires. Il se pourrait donc que des patients omettent de consulter un professionnel apte à prescrire un traitement contre les troubles, les affections ou les maladies oculaires dont ils souffrent. Les patients pourraient simplement assumer que leurs yeux sont en santé, leur opticien n'ayant mentionné aucun problème à ce sujet.

9.2 Réglementation à deux vitesses

Au cours de l'examen du CCRPS, l'Ordre des opticiens de l'Ontario a proposé des stratégies pour réduire les risques liés aux diagnostics ratés en ne permettant aux opticiens que d'exécuter des ordonnances en fonction des résultats des examens de réfraction administrés aux personnes pour lesquelles le risque de troubles oculaires sous-jacents est jugé faible. Il faudrait alors recourir à un dépistage afin de ne pas soumettre à l'examen de réfraction les personnes qui font partie d'un groupe à risque élevé ou chez qui des troubles de santé sous-jacents ont été observés. Il s'agit plus précisément des personnes suivantes[12] :

- celles âgées de moins de 19 ans ou de plus de 65 ans;
- celles qui n'ont jamais porté de lunettes auparavant;
- celles qui n'ont pas consulté d'optométriste dans la dernière année;
- celles chez qui l'on a diagnostiqué le glaucome;
- celles chez qui l'on a diagnostiqué le strabisme;
- celles chez qui l'on a diagnostiqué le diabète;
- celles dont l'acuité visuelle ne peut pas être corrigée à 20/40 dans chaque œil;
- celles dont l'ordonnance indique une dioptrie inférieure à –9,00;
- celles qui ont montré un changement supérieur à 2,00 dioptres dans la réfraction sur une période établie;
- celles qui montrent une anomalie visuelle;
- celles pour lesquelles l'évaluation préliminaire n'indique pas une bonne santé oculaire.

L'Ordre propose d'élaborer des protocoles de dépistage et de montrer à ses membres comment les appliquer. Les membres seraient ainsi en mesure d'informer la clientèle à propos de l'« examen de la vue automatisé » : en quoi cela consiste, ses limites par rapport à l'examen d'un œil en santé, et l'importance de consulter régulièrement un optométriste ou un médecin pour ses yeux. Ils devraient aussi obtenir un consentement éclairé des clients « admissibles » à l'examen. Pour ce faire, on pourrait remplir un formulaire d'admissibilité et le faire signer par l'opticien et le patient. Même si le document proposé par l'Ordre précise qu'il ne s'agit pas d'un abandon de recours, son statut juridique comme « consentement au traitement » dégageant l'opticien de toute responsabilité à l'égard de la décision du patient ou du client reste à établir.

[12] Certaines maladies et procédures et certains symptômes pourront ainsi interdire la tenue de l'examen de réfraction, à moins que la personne soit déjà suivie par un médecin pour l'affection en question et que le médecin approuve l'administration de l'examen par l'opticien. Soumission de l'Ordre des opticiens de l'Ontario au CCRPS, 2005, p. 40.

9.3 Accès et besoins

Chaque année, en Ontario, quelque 3 000 000 de personnes consultent un optométriste[13]. En 2004, on comptait en moyenne dans la province 10,85 optométristes par tranche de 100 000 personnes. Par comparaison, on dénombrait 15,03 opticiens par tranche de 100 000 personnes[14]. Selon la Base de données sur le personnel de la santé (BDPS), le nombre d'optométristes actifs inscrits augmente plus vite que la population en général[15].

Les enquêtes d'opinion publique étudiées dans le cadre de l'analyse documentaire révèlent que, pour les patients, il est facile d'accéder à un optométriste et d'obtenir une ordonnance d'appareil de correction visuelle. Une étude de 1997 a indiqué que un pour cent seulement des personnes qui avaient passé récemment un examen de la vue au Canada avait eu de la difficulté à obtenir un rendez-vous[16]. Les groupes de discussion consultés ont également confirmé que l'accès aux professionnels des soins de la vue ne posait pas de problème dans la plupart des régions de l'Ontario. Les pénuries d'opticiens ou d'optométristes sont observées dans les régions où la population n'est pas assez importante pour soutenir une présence à plein temps. Dans certaines collectivités, des optométristes offrent leurs services de façon hebdomadaire ou sur une base régulière.

Même si la consultation n'a pas concerné toutes les régions de la province, rien n'indique que des personnes n'ont pas pu recevoir les soins d'un professionnel adéquatement formé dans un délai raisonnable.

9.4 Intérêt public

On observe des différences importantes dans les capacités des opticiens, des optométristes et des ophtalmologistes. En effet, les programmes de formation des opticiens ne préparent pas – mais ce n'est pas leur intention – à la reconnaissance et au diagnostic des causes sous-jacentes des maladies et des affections oculaires.

Le CCRPS ne croit pas qu'il est dans l'intérêt du public d'appuyer un changement dans la réglementation de la santé qui amènerait ce dernier à faire appel aux opticiens comme fournisseurs de soins primaires.

Les membres de l'Ordre des opticiens de l'Ontario ne devraient pas être autorisés à préparer des appareils de correction visuelle en se fiant uniquement aux résultats des examens de réfraction. Cependant, en alliant la capacité de l'opticien de mener des examens de réfraction et le recours à un professionnel autorisé à délivrer des ordonnances, on

---

[13] Ontario Association of Optometrists, *Backgrounder: Optometry in Ontario – The State of Funding for OHIP Insured Services*, 2004.

[14] Ordre des opticiens de l'Ontario, janvier 2003.

[15] Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances relatives au personnel de la santé au Canada, 1993-2002*, 2004, p. 133-136.

[16] Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*, 1997, p. 103-105.

atténue les risques liés à la simple réfractométrie. Cette procédure permettrait au consommateur de passer un examen complet de la vue chez un optométriste, un ophtalmologiste ou un médecin de famille qualifié, et ferait en sorte que tous les renseignements médicaux pertinents soient connus par le prescripteur.

9.5 Résumé des arguments en faveur de la pratique en collaboration

Le CCRPS estime que :

- les examens de réfraction ne présentent aucun risque en eux-mêmes;
- la réfractométrie est un élément utile de l'examen complet de la vue mené pour évaluer la santé des yeux;
- la préparation d'appareils de correction visuelle en fonction de la réfractométrie seulement présente un risque de préjudice important, et plus particulièrement pour certains groupes de population.

En outre, il est impossible pour le CCRPS de retenir la suggestion de l'Ordre selon laquelle les opticiens sont aptes à prescrire des appareils de correction visuelle aux personnes de 19 à 64 ans qui sont relativement en bonne santé, et ce, pour les motifs suivants.

- L'application d'une mesure en ce sens produirait un système à deux vitesses qui serait difficile à administrer et à superviser, et qui créerait de la confusion pour le public.
- Il se peut que certains patients ne divulguent pas ou soient incapables de décrire des affections de l'œil existantes. Or, les conséquences d'une connaissance incomplète ou erronée de l'état de santé oculaire peuvent être graves.
- Près de 15 % des patients en optométrie n'ont pas conscience qu'ils souffrent de troubles oculaires avant le diagnostic. La moitié environ de ces patients ne montrent d'ailleurs aucun symptôme avant le diagnostic. Il en découle un risque de préjudice important pour les patients chez qui la détection précoce peut empêcher l'aggravation des troubles constatés.
- Il y a un plus grand risque d'attribuer incorrectement une vision trouble à une erreur de réfraction lorsqu'il s'agit en fait d'une affection oculaire plus grave ou d'une affection chronique telle que la maladie thyroïdienne ou le diabète.

Le CCRPS est donc d'avis que les patients qui se fient aux opticiens pour connaître l'état de santé de leurs yeux courent un risque certain, même s'ils ont été avisés que l'examen de réfraction ne constitue pas un examen complet de la vue. En fait, les mesures de sensibilisation du client proposées par l'Ordre pourraient même augmenter la confusion.

Par conséquent, le CCRPS conclut que les opticiens qualifiés ne devraient être autorisés à utiliser la réfractométrie que dans le cadre d'examens complets de la vue, menés en collaboration avec les membres d'autres professions autorisés à prescrire des appareils de correction visuelle, c'est-à-dire, les optométristes et les médecins. Les membres de l'Ordre des opticiens de l'Ontario ne devraient pas être autorisés à préparer des

appareils de correction visuelle en se fiant uniquement aux résultats des examens de réfraction.

Le CCRPS présente donc les recommandations suivantes.

Que le ministre révoque la directive émise par l'hon. Elizabeth Witmer à l'Ordre des opticiens de l'Ontario le 7 février 2001, et

Que le ministre émette une nouvelle directive exigeant que l'Ordre des opticiens de l'Ontario élabore une norme de pratique limitant le pouvoir de ses membres de pratiquer un examen de réfraction aux seuls cas où celui-ci est mené dans le cadre d'un examen complet de la vue, en collaboration avec un optométriste ou un médecin.

10. Transition

10.1 Établissement de normes de pratique relatives à la réfractométrie

L'établissement de normes et de directives de pratique est un élément essentiel du travail des ordres qui, conformément à la *LPSR*, régissent leur profession de façon autonome. À ce titre, l'Ordre des opticiens de l'Ontario doit élaborer et appliquer des normes de pratique à l'intention de ses membres appelés à mener des examens de réfraction en collaboration avec les médecins et les optométristes. Le ministre émettra une directive qui accordera un pouvoir supplémentaire tout en imposant des obligations à l'Ordre à cet égard.

10.2 Collaboration entre professionnels

En permettant aux opticiens de pratiquer la réfractométrie conjointement avec des professionnels autorisés à prescrire des appareils de correction visuelle, on les amène à collaborer davantage avec les optométristes, les médecins et les ophtalmologistes. Par conséquent, il doit y avoir unité de vues, entente commune et collaboration entre les trois ordres professionnels responsables de la santé des yeux. Les ordres des optométristes, des médecins et chirurgiens et des opticiens doivent, ensemble, produire des directives et définir des pratiques exemplaires qui tiendront compte de ces changements pour leurs membres. Les normes de pratique devraient notamment préciser clairement la nature des liens entre professionnels dans le cas où des opticiens effectuent des examens de réfraction en parallèle avec la prestation de soins par un membre de l'Ordre des optométristes de l'Ontario ou de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario.

10.3 Élimination des barrières

Afin de faciliter la collaboration souhaitée, il convient d'examiner les règlements actuels sur les conflits d'intérêts, qui interdisent aux optométristes de s'associer aux opticiens. À ce sujet, l'Ordre des optométristes révise actuellement ces règlements en vue de lever certaines barrières entre les professions. On s'attend à ce qu'il soumette les nouveaux règlements à l'examen du ministre une fois terminés le

processus de consultation et l'examen minutieux du conseil. Les règlements devraient tenir compte de la capacité des opticiens de pratiquer la réfractométrie dans le cadre d'examens complets de la vue menés par un optométriste.

11. Recommandations

Le CCRPS présente les recommandations suivantes au ministre.

1. Que la préparation des verres de contact, des lunettes autres que les lentilles grossissantes ordinaires et de tout appareil pour les malvoyants demeure un acte autorisé en vertu de la *LPSR*.

2. Que l'Ordre des opticiens de l'Ontario prenne un règlement, assujetti à l'approbation du lieutenant-gouverneur en conseil, permettant à ses membres de déléguer l'exécution de l'acte autorisé décrit à l'article 4 de la *Loi de 1991 sur les opticiens*, sous réserve des modalités appropriées.

3. Que, dans le cas où l'Ordre des opticiens de l'Ontario ne prenne pas le règlement conformément à l'alinéa 5(1)c) de la *LPSR* et au Règl. de l'Ont. 828/93 modifié jusqu'au Règl. de l'Ont. 216/94, article 1.4, le ministre ordonne à l'Ordre de prendre un règlement permettant à ses membres de déléguer l'exécution de l'acte autorisé décrit à l'article 4 de la *Loi de 1991 sur les opticiens*, sous réserve des modalités appropriées.

4. Que les membres de l'Ordre des opticiens de l'Ontario ne soient pas être autorisés à préparer des appareils de correction visuelle en s'appuyant uniquement sur les résultats des examens de réfraction.

5. Que le ministre révoque la directive émise par l'hon. Elizabeth Witmer à l'Ordre des opticiens de l'Ontario le 7 février 2001, et

   Que le ministre émette une nouvelle directive exigeant que l'Ordre des opticiens de l'Ontario élabore une norme de pratique limitant le pouvoir de ses membres de pratiquer un examen de réfraction aux seuls cas où celui-ci est mené dans le cadre d'un examen complet de la vue, en collaboration avec un optométriste ou un médecin.

6. Que l'Ordre des opticiens de l'Ontario, l'Ordre des optométristes de l'Ontario et l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario collaborent au maintien de normes et de directives de pratique applicables à leurs membres respectifs.

7. La mise en oeuvre de ces recommandations n'exige aucune modification à la *Loi de 1991 sur les opticiens*.

Ministry of Health and Long-Term Care
Office of the Minister
10th Floor, Hepburn Block
80 Grosvenor Street
Toronto ON M7A 2C4
Tel (416) 327-4300
Fax (416) 326-1571
www.gov.on.ca/health

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
Bureau du ministre
10e étage, édifice Hepburn
80, rue Grosvenor
Toronto ON M7A 2C4
Tél (416) 327-4300
Téléc (416) 326-1571
www.gov.on.ca/health

Ontario

Traduction de la lettre du ministre - le 7 février, 2005

Madame Barbara Sullivan
Présidente
Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé
Bureau 806
55, av. St. Clair O.,
Toronto, ON M4V 2Y7

Madame,

La présente a pour objet de solliciter l'avis du Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé (CCRPS) sur plusieurs questions relatives à la réglementation des professions de la santé en vertu de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* (LPSR) et de demander au CCRPS de formuler des recommandations sur certains dossiers en temps opportun.

Je reconnais que, étant donné le nombre et la complexité des questions soulevées dans la présente lettre, il pourrait s'avérer impossible pour le CCRPS de donner son avis sur toutes ces questions dans les délais impartis. Par conséquent, même si la liste ci-dessous fait mention de mes priorités actuelles, veuillez prendre note que, de temps à autre, je pourrai demander au CCRPS de se concentrer sur certaines priorités, existantes ou nouvelles, lesquelles seront alors identifiées.

J'apprécierais recevoir vos conseils sous forme d'un avis contenant vos recommandations. Votre avis est demandé sur les questions suivantes, classées par ordre de priorité :

A. Anciens rapports et conseils du CCRPS

1) Le caractère d'actualité des recommandations du Conseil dans le cadre de « l'examen quinquennal » de la LPSR contenu dans son rapport intitulé « *Rétablir l'équilibre* » ainsi que tout ajout à ces recommandations.

2) Le caractère d'actualité des recommandations du Conseil en ce qui a trait au programme d'assurance de la qualité et des programmes de relations avec les patients des ordres professionnels ainsi que tout ajout à ces recommandations.

Madame Barbara Sullivan

3) Le caractère d'actualité des recommandations du Conseil en ce qui a trait aux procédures disciplinaires et de traitement des plaintes ainsi que tout ajout à ces recommandations.

4) Le caractère d'actualité des recommandations du Conseil en ce qui a trait aux optométristes qui prescrivent des agents pharmaceutiques thérapeutique, ainsi que tout ajout à ces recommandations.

B. La réglementation de nouvelles professions

1) Est-ce que les techniciens et aides pharmaceutiques devraient être réglementés en vertu de la LPSR? Quels devraient être leur champ d'exercice, les actes autorisés qui devraient, le cas échéant, leur être reconnus, et tout titre réservé?

De plus, est-il approprié de réglementer les techniciens pharmaceutiques en vertu de la *Loi de 1991 sur les pharmaciens?*

2) Est-ce que les homéopathes devraient être réglementés en vertu de la LPSR? Quels devraient être leur champ d'exercice, les actes autorisés qui devraient, le cas échéant, leur être reconnus, et tout titre réservé? De plus, est-il approprié de réglementer les homéopathes en vertu d'une loi professionnelle existante?

3) Est-ce que les kinésiologues devraient être réglementés en vertu de la LPSR? Quel devraient être leurs champs d'exercice, les actes autorisés qui devraient, le cas échéant, leur être reconnus, et tout titre réservé? De plus, est-il approprié de réglementer les kinésiologues en vertu d'une loi professionnelle existante?

-3-

Madame Barbara Sullivan

C. Psychothérapie

1) Est-ce que la psychothérapie devrait être un acte autorisé en vertu de la LPSR et, le cas échéant, au champ d'exercice de quelles professions devrait-elle être intégrée et comment établir et contrôler les normes?

2) Est-ce que les psychothérapeutes devraient être réglementés en tant que profession en vertu de la LPSR? Quels devraient être leur champ d'exercice, les actes autorisés qui devraient, le cas échéant, leur être reconnus, et tout titre réservé? De plus, est-il approprié de réglementer les psychothérapeutes en vertu d'une loi professionnelle existante?

D. Préposés aux services de soutien à la personne

1) Étudier la portée du travail effectué par les préposés aux services de soutien à la personne et formuler les recommandations préliminaires à savoir si la totalité ou une partie de ces services justifieraient une réglementation des préposés aux services de soutien à la personne en vertu de la LPSR.

E. Actes autorisés et champs de pratique

1) Est-ce que, compte tenu de l'existence de risques, le simple fait de déterminer le besoin d'une prothèse auditive devrait constituer un acte autorisé? Ou est-ce que le fait de déterminer les caractéristiques d'une prothèse auditive, en fonction d'une évaluation de l'audition et des aspects physiques de l'oreille, devrait constituer l'acte autorisé? De plus, compte tenu de l'existence des risques, quels aspects, le cas échéant, de l'évaluation de l'acuité auditive et de la fourniture de prothèses auditives devraient être autorisés en vertu de la LPSR?

2) Est-ce qu'il y a un risque de causer des blessures si une personne fournit des corrections oculaires et quels aspects, le cas échéant, doivent être autorisés en vertu de la LPSR? Est-ce que la réfractométrie fait partie du champ d'exercice de l'opticien, et comment les normes devraient-elles être établies et contrôlées pour chacune de ces activités?

-4-

Madame Barbara Sullivan

F. Activités de nouveaux ordres professionnels

1) La LPSR ou les lois professionnels posent-elles un quelconque obstacle pour un modèle commercial de services partagés pour les nouvelles professions pour lesquelles les exigences financières de la réglementation sont élevées, p. ex., des processus de paiement annuel conjoint entre de nouveaux ordres professionnels ou entre un nouvel ordre professionnel et un ordre existant?

Puis-je également vous demander de me tenir au courant de tout nouveau problème dont le CCRPS pourrait prendre connaissance?

Je m'attends à recevoir l'avis du CCRPS, lequel contiendra ses recommandations, d'ici le 31 mars 2006.

Veuillez agréer, Madame, l'expression de mes sentiments distingués.

Le ministre,

George Smitherman

Ministry of Health and Long-Term Care

Office of the Minister

10th Floor, Hepburn Block
80 Grosvenor Street
Toronto ON M7A 2C4
Tel 416-327-4300
Fax 416-326-1571
www.health.gov.on.ca

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Bureau du ministre

10e étage, édifice Hepburn
80, rue Grosvenor
Toronto ON M7A 2C4
Tél 416-327-4300
Téléc 416-326-1571
www.health.gov.on.ca

Ontario

M^me^ Barbara Sullivan
Présidente
Conseil consultatif de la réglementation des professions de la santé
55, avenue St. Clair Ouest, Bureau 806
Toronto ON M4V 2Y7

Madame,

J'aimerais vous remercier du temps et des efforts que vous et les membres du Conseil consultatif sur la réglementation des professions de la santé consacrez pour donner suite à ma demande de conseils concernant un certain nombre de questions touchant la réglementation des professionnels de la santé. Je sais que vos travaux ont débuté et que vous avez prévu un processus de consultation complet.

Dans la lettre que je vous ai adressée en février, je mentionnais que nous avions dressé un ordre de priorité pour les problèmes et que je communiquerai avec le conseil pour que ce dernier me fournisse des conseils sur les nouvelles priorités. J'ai l'intention de porter un autre problème à l'attention du conseil. Pour être juste envers ce dernier, et connaissant la charge de travail que ma dernière lettre vous a causée et sachant que vous êtres en train de formuler vos plans de projet, j'aimerais vous aviser tôt de mon intention.

Comme cette question supplémentaire risque d'influer sur le calendrier des travaux que je vous ai demandé d'entreprendre, le conseil pourra envoyer son protocole de conseils contenant les recommandations concernant ma lettre de février d'ici au 30 avril 2006 plutôt qu'au 31 mars 2006.

Je vous remercie une nouvelle fois de votre engagement envers ce projet.

Veuillez agréer, Madame, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le ministre,

George Smitherman

c.c. : Présidents et registraires de tous les collèges aux termes de la *Loi sur les professions de la santé réglementées*
Présidents des associations représentant les professionnels de la santé réglementés aux termes de la *Loi sur les professions de la santé réglementées*
Présidente, Conseil d'administration des praticiens ne prescrivant pas de médicaments (naturopathie)
Présidente, Ontario Association of Naturopathic Doctors

Ministry of Health
and Long-Term Care

Office of the Minister

10th Floor, Hepburn Block
80 Grosvenor Street
Toronto ON M7A 2C4
Tel 416-327-4300
Fax 416-326-1571
www.health.gov.on.ca

Ministère de la Santé
et des Soins de longue durée

Bureau du ministre

10e étage, édifice Hepburn
80, rue Grosvenor
Toronto ON M7A 2C4
Tél 416-327-4300
Téléc 416-326-1571
www.health.gov.on.ca

Ontario

Traduction de la lettre du ministre – le 18 janvier, 2006

Madame Barbara Sullivan
Présidente
Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé
55, av. St. Clair O., 8e étage
Toronto (Ontario) M4V 2Y7

Madame,

Je crois comprendre que les séances de consultation du Conseil consultatif ont été très bien accueillies et qu'il y a beaucoup d'informations à examiner. Veuillez transmettre ma gratitude aux membres du Conseil pour l'expertise et le temps qu'ils consacrent à ces activités malgré leurs horaires surchargés.

Il y a plusieurs mois, j'ai mentionné que j'aurais éventuellement une autre question à soumettre à l'examen du Conseil consultatif. Lors de discussions ultérieures avec le sous-ministre au cours de cette période, nous avons estimé que le Conseil consultatif avait déjà de fortes charges de travail et avons souhaité qu'il concentre ses efforts sur le dossier de février 2005. Je suis heureux d'apprendre qu'il y a pas mal de choses qui ont été accomplis et je vous demande maintenant de bien vouloir soumettre une autre question au Conseil.

Notre gouvernement tient à s'assurer que ceux et celles qui utilisent la médecine non traditionnelle et les méthodes différentes auront confiance dans leur sécurité. Comme vous le savez, j'ai récemment déposé le Projet de loi 50 à l'Assemblée législative en vue de réglementer la médecine traditionnelle chinoise et de déterminer qui seront habilités à pratiquer l'acupuncture. La nouvelle *Loi de 2005 sur les praticiennes et praticiens en médecine traditionnelle chinoise* et d'autres amendements permettraient l'usage du titre de « docteur » à certains membres du nouvel Ordre des praticiennes et praticiens en médecine traditionnelle chinoise de l'Ontario. Afin de contribuer à la formulation de ce certificat d'inscription unique, je sollicite l'avis du Conseil consultatif sur le niveau d'études à exiger pour l'usage du titre de « docteur » par certains membres du nouvel Ordre.

Veuillez noter que l'avis que nous vous demandons de formuler devrait indiquer les questions à prendre en considération par le Conseil du nouvel Ordre en ce qui concerne les exigences d'accès au titre de « docteur ». Nous vous demandons également de formuler des recommandations à savoir comment les normes applicables à ces exigences devraient être établies et évaluées. Il est important de ne pas oublier, d'une part, les différentes voies qu'ont pu emprunter ceux et celles qui pratiquent actuellement la médecine traditionnelle chinoise pour acquérir les connaissances, les compétences et le jugement nécessaires à l'exercice de cette profession et, d'autre part, comment les nouveaux candidats qui cherchent à accéder à la profession et au titre de « docteur » devraient être préparés. Je demande que le Conseil consultatif étudie ces questions en

profondeur, notamment l'exercice de cette profession de la santé nouvellement réglementée, en tenant compte des facteurs intérêt public et protection de la population.

Je compte communiquer votre avis au nouvel Ordre afin qu'il puisse en tenir compte lors de l'établissement des normes d'éducation applicables aux personnes postulant le titre de « docteur ». Le ministère tiendra également compte de vos recommandations lorsqu'il examinera les propositions relatives à la réglementation présentées par l'Ordre.

Je vous demanderais de poursuivre vos plans de projet actuels afin de pouvoir respecter le délai du 30 avril 2006 qui a été fixé pour les questions soulevées dans ma lettre de février 2005. Le projet mentionné dans ma lettre d'aujourd'hui est très important et j'aimerais que votre conseil fasse de son mieux pour inscrire ce nouveau projet dans son calendrier tout en respectant le délai du 30 avril. J'apprécierais donc recevoir l'avis du Conseil consultatif sur cette nouvelle question au plus tard le 30 septembre 2006.

J'aimerais saisir l'occasion pour vous remercier de votre leadership en attendant de recevoir l'avis du Conseil.

Veuillez agréer, Madame, l'expression de mes sentiments distingués.

Le ministre,

George Smitherman

c.c. Les présidents et les secrétaires de tous les ordres professionnels régis par la LPSR
Les présidents des associations représentant les professionnels de la santé régis par la LPSR
Le président du Conseil d'administration des praticiens ne prescrivant pas de médicaments (naturopathie)
Le président de l'Ontario Association of Naturopathic Doctors
Tony Wong, député de Markham, président du Groupe consultatif de députés provinciaux sur la médecine traditionnelle chinoise et l'acupuncture.

RECOMMANDATIONS

Index

Page

Cadre législatif 339

Réglementation des optométristes 363

Réglementation des techniciens en pharmacie 363

Réglementation de l'homépathie et de la naturopathie 364

Réglementation de la kinésiologie 370

Réglementation de la psychothérapie 371

Réglementation des préposés aux services de soutien à la personne 374

Règlement sur les soins auditifs 375

Réglementation des opticiens 379

Cadre législatif

1. Que le paragraphe 1 (1) de l'annexe 2, Code des professions de la santé, soit modifié par l'ajout de la définition suivante :

   « programme d'information du public » Programme visant à aider les particuliers à exercer leurs droits aux termes du présent code et de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, et à améliorer les relations au sein de l'ordre et entre celui-ci et les autres ordres, les membres, les plaignants et le public

2. Que le paragraphe 1 (1) de l'annexe 2, Code des professions de la santé, soit modifié par la suppression de la définition de « programme d'assurance de la qualité » et son remplacement par la définition suivante :

   « programme d'assurance de la qualité » Programme visant à assurer la qualité de l'exercice de la profession et à promouvoir l'évaluation, l'amélioration et le maintien continus de la compétence parmi les membres.

3. Que l'article (3) de l'annexe 2, Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

Objets de l'ordre

3. (1) Les objets de l'ordre sont les suivants :

1. Réglementer l'exercice de la profession et régir l'activité des membres conformément à une loi sur une profession de la santé, au présent code et à la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, ainsi qu'aux règlements et règlements administratifs.

2. Élaborer et maintenir :

(a) des normes d'admissibilité applicables aux person nes auxquelles un certificat d'inscription est délivré;

(b) des programmes et des normes d'exercice pour assurer la qualité de l'exercice de la profession;

(c) des normes de connaissance et de compétence ainsi que des programmes pour promouvoir l'évaluation, l'amélioration et le maintien continu de la compétence parmi les membres et pour aborder les préoccupations et des plaintes des patients, les changements qui surviennent dans les contextes où les professions sont exercées, les progrès technologiques et les autres situations nouvelles;

(d) des normes de déontologie applicables aux membres;

(e) des programmes visant à aider les particuliers à exercer leurs droits aux termes du présent code et de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*

3. Appliquer la loi sur une profession de la santé, le présent code et la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* dans la mesure où elle se rapporte à la profession, et exercer les autres fonctions qui lui sont imposées et les autres pouvoirs qui lui sont conférés.

4. Promouvoir une collaboration interprofessionnelle avec les autres ordres en ce qui a trait aux questions touchant deux ou plusieurs professions de la santé, y compris, sans limiter la portée générale de la présente disposition de cet objet, en ce qui concerne tout élément se rapportant :

(a) aux normes d'admissibilité, de connaissance et de compétence relatives à l'exécution d'actes autorisés semblables ou partagés,

(b) aux programmes et aux normes d'exercice visant à assurer la qualité de l'exécution d'actes autorisés semblables ou partagés,

(c) aux programmes visant à promouvoir une évaluation, une amélioration et un maintien continus de la compétence dans l'exécution d'actes autorisés semblables ou partagés et à aborder les préoccupations et les plaintes des patients, les changements qui surviennent dans les contextes où les professions sont exercées, les progrès technologiques et les autres situations nouvelles,

(d) aux enquêtes communes sur les professionnels de la santé réglementés qui exercent la profession dans des contextes multidisciplinaires.

5. Poursuivre tout autre objet ayant trait aux soins des êtres humains que le conseil juge souhaitable.

Obligation

(2) Dans la poursuite de ses objets, l'ordre est tenu de servir et de protéger l'intérêt public.

4. Que le paragraphe 10. (1) de l'annexe 2, Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

10. (1) L'ordre a les comités suivants :
1. Le bureau
2. Le comité d'inscription
3. Le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports
4. Le comité de discipline
5. Le comité d'aptitude professionnelle
6. Le comité de la qualité

5. Que le paragraphe 11. (1) de l'annexe 2, Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

Chacun des comités mentionnés au paragraphe 10 (1) surveille et évalue périodiquement ses processus et ses résultats et présente tous les ans un rapport sur ses activités au conseil, dans le format précisé par ce dernier.

6. Que le paragraphe 11. (2) de l'annexe 2, Code des professions de la santé soit abrogé.

7. Que le paragraphe 15 (2) de l'annexe 2, Code des professions de la santé soit modifié par l'ajout du paragraphe suivant :

il a des doutes, en se fondant sur des motifs raisonnables d'après la conduite passée et présente de l'auteur de la demande, sur le

fait que ce dernier exercera sa profession du domaine de la santé conformément aux lois ou avec décence, intégrité et honnêteté.

8. Que l'article 80 de l'annexe 2, Code des professions de la santé soit modifié par l'ajout du paragraphe suivant :

(2) Le programme d'assurance de la qualité comporte les éléments suivants :

(a) les critères d'admission à la profession,

(b) les normes d'exercice,

(c) la formation continue et le perfectionnement professionnel voulus pour promouvoir le maintien de la compétence parmi les membres et pour aborder les changements qui surviennent dans les contextes où les professions sont exercées, les normes cliniques, les progrès technologiques et les autres situations nouvelles

(d) les auto-évaluations, les évaluations par les pairs et les évaluations de l'exercice de la profession,

(e) la surveillance de la participation des membres au programme d'assurance de la qualité et de leur conformité à ce programme,

(f) l'évaluation ou la surveillance des données concernant les plaintes et les rapports, les processus d'évaluation et de remédiation et les exigences en matière de compétence afin de promouvoir une amélioration systémique,

(g) la collaboration interprofessionnelle en ce qui a trait à la prestation de soins de qualité, à l'amélioration continue des soins et de la sécurité des patients ou à toute question décrite aux alinéas a) à g) dans la mesure où elle touche l'exécution d'actes autorisés semblables ou partagés.

9. Que le paragraphe 83 (3) de l'annexe 2, Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

Renvoi au comité des enquêtes, des plaintes et des rapports

(3) Si le comité de la qualité est d'avis, en se fondant sur une évaluation, qu'un membre a pu commettre une faute professionnelle ou qu'il peut être incompétent ou frappé d'incapacité, il peut communiquer au comité des enquêtes, des plaintes et des rapports son nom, ainsi que les allégations faites contre lui.

10. Que l'article 83.1 de l'annexe 2, Code des professions de la santé soit modifié par l'ajout du paragraphe suivant :

Ordonnances du comité de la qualité

(9) Le comité de la qualité peut faire ce qui suit :

1. Exiger du membre qu'il participe à un programme de formation continue ou de remédiation précis ou à une autoévaluation, à une évaluation par les pairs ou à une évaluation de son exercice de la profession.

2. Surveiller les progrès du membre à l'égard du programme ou de l'évaluation précisé et reconsidérer l'exercice de la profession par le membre à l'issue du programme ou de l'évaluation.

3. Déférer le dossier du membre au comité des enquêtes, des plaintes et des rapports s'il n'a pas collaboré avec le comité de la qualité ou avec l'un ou l'autre de ses évaluateurs ou s'il n'a pas participé au programme d'assurance de la qualité ou à un programme ou une évaluation précise.

11. Que les articles 84 et 85 de l'annexe 2, Code des professions de la santé soient abrogés et remplacés par ce qui suit :

84. (1) L'ordre offre un programme d'information du public.

(2) Le programme d'information du public comprend les éléments suivants :

(a) des programmes visant à aider les particuliers à exercer leurs droits aux termes du présent code et de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*,

(b) des mesures visant à améliorer les relations au sein de l'ordre et entre celui-ci et les autres ordres, les membres, les plaignants et le public, y compris, sans s'y limiter :

vii. les avis signifiés aux plaignants et aux membres,

viii. les relations avec l'employeur et l'établissement,

ix. les relations avec les médias,

x. le tableau public, les audiences publiques et les publications sur Internet,

xi. les rapports remis au ministre et au Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé,

xii. la collaboration interprofessionnelle avec les autres ordres.

(c) des mesures visant à prévenir les mauvais traitements d'ordre sexuel à l'égard des patients, ou à traiter de ceux-ci.

(3) Les mesures visant à prévenir les mauvais traitements d'ordre sexuel à l'égard des patients ou à traiter de ceux-ci doivent porter sur ce qui suit :

(a) les exigences en matière d'éducation auxquelles doivent satisfaire les membres;

(b) les principes directeurs régissant la conduite des membres avec leurs patients;

(c) la formation à donner au personnel de l'ordre;

(d) la communication de renseignements au public.

(4) Le conseil remet au Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé un rapport écrit décrivant le programme d'information du public et, chaque fois que des modifications y sont apportées, un rapport écrit décrivant celles-ci.

85. Chaque comité de l'ordre donne au conseil des conseils sur le programme d'information du public

12. Que le paragraphe 85.7 (3) de l'annexe 2, Code des professions de la santé soit abrogé.

13. Que les mots « comité des plaintes » apparaissant dans la *LPSR* ou dans le Code des professions de la santé soient remplacés par les mots « comité des enquêtes, des plaintes et des rapports » et que les mots « comité d'assurance de la qualité » apparaissant dans la *LPSR* ou dans le Code des professions de la santé soient remplacés par les mots « comité de la qualité ».

14. Que l'article 6 de la *LPSR* soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

(1) Chacun des ordres présente au ministre, dans les délais et le format précisés par ce dernier, les plans, les rapports, les états financiers, y compris les états financiers vérifiés, de même que les renseignements dont le ministre a besoin aux fins de l'administration de la présente Loi ou aux fins des activités de gestion, d'évaluation, de surveillance, d'affectation de ressources ou de planification touchant la totalité ou une partie du système de santé, y compris la prestation de services et la planification des ressources humaines dans le domaine de la santé.

(2) Le Conseil consultatif présente chaque année au ministre un rapport sur ses activités et sa situation financière.

(3) Chaque ordre recueille auprès de ses membres, et chacun des membres fournit à l'ordre les renseignements nécessaires pour

présenter au ministre les rapports prévus au paragraphe (1) et au Conseil consultatif les rapports prévus à l'article 11.

(4) Chaque ordre publie sur son site Web les renseignements généraux suivants (sans s'y limiter) :

(g) ses rôles, ses responsabilités, ses programmes et ses processus;

(h) les champs d'exercice des professions de la santé qu'il régit;

(i) l'utilisation des titres par ses membres;

(j) ce qui constitue une faute professionnelle de la part de ses membres;

(k) comment accéder à la partie publique du tableau;

(l) tout autre renseignement de nature générale exigé par le ministre.

(5) Chaque ordre doit publier sur son site Web, dans les délais et le format précisés par le ministre, ses états financiers vérifiés et ses renseignements généraux et statistiques relatifs :

(a) aux examens et audiences concernant l'inscription;

(b) aux examens et audiences concernant les plaintes;

(c) discipline hearings;

(d) aux évaluations d'aptitude professionnelle;

(e) aux évaluations d'assurance de la qualité;

(f) à tout autre programme et processus précisés par le Ministre.

15. Que le paragraphe 23 (3) de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

(3) Quiconque peut obtenir, pendant les heures de bureau normales, et sur le site Web de l'ordre, les renseignements suivants figurant au tableau :

1. Les renseignements visés aux alinéas (2) (a), (b), (c), (d.1) et (d.2).

2. Les renseignements visés à l'alinéa (2) d) en ce qui concerne une suspension qui est en vigueur.

2.1 Les renseignements visés à l'alinéa (2) d.3) en ce qui concerne une révocation ou une suspension qui est en vigueur.

3. L'issue de chaque procédure disciplinaire et de chaque procédure pour incapacité :

i. dans laquelle le certificat d'inscription d'un membre a été révoqué ou suspendu ou a été assorti de conditions ou de restrictions,

ii. dans laquelle un membre a été tenu de verser une amende ou de comparaître pour être réprimandé ou dans laquelle une ordonnance a été suspendue si un sous-comité du comité de discipline ou du comité d'aptitude professionnelle a décidé que l'issue de la procédure devait être consignée au tableau.

3.1 L'issue de chaque procédure disciplinaire qui a pris fin à n'importe quel moment avant la date à laquelle le tableau a été dressé ou mis à jour la dernière fois, au cours de laquelle il a été conclu qu'un membre a infligé des mauvais traitements d'ordre sexuel au sens des alinéas 1 (3) (a) ou (b).

3.2 Les renseignements visés à l'alinéa (2) (e.1) qui ont trait aux appels des conclusions du comité de discipline.

4. Les renseignements désignés comme étant de nature publique dans les règlements administratifs.

16. Que le paragraphe 23 (6) de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

(6) Le registrateur fournit à une personne, moyennant le versement de frais raisonnables, une copie de tous les renseignements sur papier ou électroniques figurant au tableau qu'elle est autorisée à obtenir.

17. Que le paragraphe 56 (1) de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

Publication des décisions

(1) L'ordre doit publier la décision motivée du sous-comité, ou la décision et un résumé des motifs à l'appui de celle-ci, sur son site Web dès que la décision est rendue, et dans son rapport annuel. Il peut publier la décision motivée ou la décision et le résumé des motifs dans n'importe quelle autre de ses publications.

18. Que le paragraphe 23 (2) de l'annexe 2, Code des professions de la santé soit modifié par l'ajout d'un nouvel alinéa, comme suit :

une indication de chaque plainte et rapport déposé auprès de l'ordre et du règlement de la plainte et du rapport.

19. Que le paragraphe 25 (1) de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

Enquêtes sur les plaintes et rapports

25. (1a) Toute plainte relative à la conduite ou aux actes d'un membre qui est déposée auprès du comité des enquêtes, des plaintes et des rapports doit faire l'objet d'une enquête par le personnel de l'ordre à la demande d'un sous-comité choisi par le président du comité.

(1b) Le sous-comité doit surveiller les progrès de l'enquête, demander des renseignements supplémentaires au besoin et tenir compte des résultats de l'enquête.

(1c) Si une plainte ou un rapport concerne un service fourni dans un environnement multidisciplinaire, l'enquêteur peut tenir une enquête sur la plainte ou le rapport, ou y participer, avec un ou plusieurs enquêteurs nommés par d'autres ordres, et il peut partager des renseignements avec les autres enquêteurs aux fins de l'enquête.

20. Que le paragraphe 25 (2) de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

(2) Le sous-comité se compose d'au moins trois membres du comité des enquêtes, des plaintes et des rapports, dont au moins une personne nommée par le lieutenant-gouverneur en conseil.

21. Que le paragraphe 25 (4) de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

(4) Une plainte doit être présentée par écrit ou enregistrée sur une bande, un film, un disque ou un autre support pour être examinée par un sous-comité.

22. Que le paragraphe 25 (5) de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

Avis adressé au membre

(5) Le sous-comité avise immédiatement de la plainte ou du rapport et des dispositions du paragraphe 26 (1) le membre qui fait l'objet de la plainte ou du rapport.

Avis adressé au plaignant ou à la personne qui dépose un rapport

(6) Le sous-comité remet au plaignant ou à la personne qui a déposé la plainte ou le rapport un avis écrit accusant réception de la plainte ou du rapport, une explication générale des procédures suivies par l'ordre pour le traitement de la plainte ou du rapport et la date prévue du règlement de la plainte ou du rapport.

23. Que le paragraphe 26 (2) de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

Pouvoirs du sous-comité

(2) Après avoir étudié les résultats d'une enquête concernant une plainte ou un rapport, ainsi que les observations du membre, et avoir examiné ou avoir fait des efforts raisonnables pour examiner tous les documents et éléments d'information qui, selon lui, se rapportent à la plainte ou au rapport, le sous-comité peut prendre l'une ou l'autre, ou plusieurs, des mesures suivantes :

1. Renvoyer toute allégation précisée de faute professionnelle ou d'incompétence du membre au comité de discipline, si elle se rapporte à la plainte ou au rapport.

2. Adresser le membre au comité d'aptitude professionnelle aux fins de procédures pour incapacité.

3. Exiger du membre qu'il se présente devant le sous-comité pour recevoir un avertissement.

4. Exiger du membre qu'il suive un programme d'éducation permanente ou de redressement précis.

5. Exiger du membre qu'il se soumette à un examen de son état physique ou psychologique ou de son exercice pratique, ou à toute autre évaluation.

6. Accepter un engagement volontaire de la part du membre.

7. Faciliter et surveiller les progrès de tout autre processus de règlement à l'amiable conclu entre le plaignant et le membre avant de renvoyer une allégation au comité de discipline ou un membre au comité d'aptitude professionnelle.

8. Prendre toute mesure qu'il estime opportune et qui n'est pas incompatible avec la loi sur une profession de la santé, le présent code, les règlements ou les règlements administratifs.

24. Que le paragraphe 26 (3) de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé.

25. Que le paragraphe 27 (2) de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

Avis de décision

27. Le sous-comité donne au plaignant et au membre qui fait l'objet de la plainte les documents suivants :

(a) une copie de sa décision;

(b) une copie du texte des motifs, si le sous-comité a décidé de ne prendre aucune mesure à l'égard de la plainte ou de prendre la mesure prévue aux dispositions 3, 4, 5, 6 ou 8 du paragraphe 26 (2);

(c) un avis informant le membre et le plaignant de tout droit de demander un réexamen qui peut leur être conféré en vertu du paragraphe 29 (2).

26. Que le paragraphe 28 (2) de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

28. (1) Le sous-comité doit faire son possible pour statuer sur la plainte dans les 150 jours qui suivent son dépôt par écrit.

(2) Si le sous-comité n'a pas statué sur la plainte dans les 150 jours suivant son dépôt, il transmet au plaignant et au membre un avis écrit précisant les motifs du retard ainsi que la date prévue du règlement.

(3) Si le sous-comité n'a pas statué sur une plainte à la date de règlement prévue au paragraphe 28 (2), il transmet au plaignant et au membre un avis écrit faisant état des progrès de l'enquête sur la plainte et de la nouvelle date prévue pour le règlement tous les trente jours, jusqu'à ce que la plainte ait été réglée.

27. Que l'alinéa 26 (1) a) de la *LPSR* soit abrogé.

28. Que le paragraphe 36 (2) de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

DISCIPLINE

Renvoi par le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports

36. (1) Le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports peut renvoyer au comité de discipline toute allégation précisée de faute professionnelle ou d'incompétence d'un membre.

Allégations de mauvais traitements d'ordre sexuel

(2) Pour décider s'il y a lieu de renvoyer au comité de discipline une allégation de mauvais traitements d'ordre sexuel à l'égard d'un patient, le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports tient compte de toute opinion, exigée aux termes du paragraphe 85.3 (5), quant à la probabilité que le membre qui fait l'objet du rapport inflige des mauvais traitements d'ordre sexuel à des patients à l'avenir.

Idem

(3) Le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports renvoie au comité de discipline une obligation fondée de mauvais

traitements d'ordre sexuel à l'égard d'un patient du type décrit aux sous-dispositions i, ii, iii ou iv de la disposition 2 du paragraphe 51 (5).

29. Que le paragraphe 37 (1) de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

Suspension provisoire

37. (1) Le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports peut, sous réserve du paragraphe (5), rendre une ordonnance provisoire enjoignant au registrateur de suspendre le certificat d'inscription ou de l'assortir de conditions ou de restrictions si :

(a) d'une part, une allégation est renvoyée au comité de discipline;

(b) d'autre part, il est d'avis que la conduite du membre expose ou exposera vraisemblablement ses patients à un préjudice ou à des blessures.

30. Que le paragraphe 37 (5) de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

Restrictions relatives aux ordonnances

(5) Aucune ordonnance ne peut être rendue en vertu du paragraphe (1) à l'égard d'un membre sans que le membre :

(a) ait été avisé de l'intention du comité des enquêtes, des plaintes et des rapports de rendre l'ordonnance;

(b) ait bénéficié d'un délai d'au moins quatorze jours pour présenter des observations par écrit au comité des enquêtes, des plaintes et des rapports.

31. Que l'article 57 de l'annexe 2, Code des professions de la santé soit abrogé.

32. Que l'article 58 de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

Nomination d'un évaluateur de la santé

58. (1) Le registrateur peut nommer un ou plusieurs évaluateurs de la santé pour déterminer si un membre est frappé d'incapacité si le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports a reçu par écrit une plainte ou un rapport et qu'il a demandé au registrateur de procéder à une évaluation de la santé du membre.

Avis adressé au membre

(2) Le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports avise le membre de son intention de demander la nomination d'un

évaluateur de la santé pour mener une enquête afin d'établir si le membre est frappé d'incapacité avant que le registrateur ne procède à la nomination.

33. Que l'article 59 de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

Enquêtes de l'évaluateur de la santé

59. (1) L'évaluateur de la santé mène les enquêtes qu'il estime appropriées.

Examens physiques ou mentaux

(2) Si, au terme de ses enquêtes, l'évaluateur de la santé a des motifs raisonnables et probables de croire que le membre qui fait l'objet de l'évaluation est frappé d'incapacité, le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports peut exiger de lui qu'il subisse des examens physiques ou mentaux pratiqués ou ordonnés par un professionnel de la santé que l'évaluateur de la santé désigne et peut, sous réserve de l'article 63, rendre une ordonnance enjoignant au registrateur de suspendre le certificat d'inscription du membre jusqu'à ce qu'il ait subi ces examens.

34. Que l'article 60 de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

Rapport de l'évaluateur de la santé

60. L'évaluateur de la santé présente un rapport au comité des enquêtes, des plaintes et des rapports et remet une copie de celui-ci, ainsi qu'une copie de tout rapport relatif aux examens exigés aux termes du paragraphe 59 (2), au membre qui a fait l'objet de l'évaluation.

35. Que l'article 61 de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

Renvoi au comité d'aptitude professionnelle

61. Après avoir reçu le rapport d'un évaluateur de la santé, le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports peut renvoyer la question au comité d'aptitude professionnelle.

36. Que l'article 62 de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

Suspension provisoire

62. (1) Le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports peut, sous réserve de l'article 63, rendre une ordonnance provisoire enjoignant au registrateur de suspendre le certificat d'inscription d'un membre ou de l'assortir de conditions ou de restrictions si :

(a) d'une part, il a renvoyé au comité d'aptitude professionnelle une question mettant en cause le membre

(b) d'autre part, il est d'avis que l'état physique ou mental du membre expose ou exposera vraisemblablement ses patients à un préjudice ou à des blessures.

Procédure suivant la suspension provisoire

(2) Si le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports rend une ordonnance en vertu du paragraphe (1) à l'égard d'une question renvoyée au comité d'aptitude professionnelle :

(a) d'une part, l'ordre traite la question avec célérité;

(b) d'autre part, le comité d'aptitude professionnelle donne priorité à la question.

Effet de l'ordonnance :

(3) L'ordonnance prévue au paragraphe (1) demeure en vigueur jusqu'à ce que la question soit tranchée par un sous-comité du comité d'aptitude professionnelle.

37. Que l'article 63 de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

Restrictions relatives aux ordonnances

63. Aucune ordonnance ne peut être rendue à l'égard d'un membre par le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports en vertu des paragraphes 59 (2) ou 62 (1) sans que le membre :

(a) ait été avisé de l'intention du Comité de rendre l'ordonnance;

(b) ait bénéficié d'un délai d'au moins quatorze jours pour présenter des observations par écrit au Comité;

(c) ait reçu copie des dispositions de l'article 62, dans le cas d'une ordonnance émanant du Comité, prévue au paragraphe 62 (1).

38. Que l'article 75 de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

Enquêteurs

75. Le registrateur peut nommer un ou plusieurs enquêteurs chargés d'établir si un membre a commis une faute professionnelle ou est incompétent, dans les cas suivants :

(a) le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports a reçu

un rapport du comité de la qualité concernant le membre et a demandé au registrateur de mener une enquête;

(b) le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports a reçu une plainte ou un rapport par écrit au sujet du membre et a demandé au registrateur de mener une enquête.

39. Que l'article 79 de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit

Rapport d'enquête

79. Le registrateur présente un rapport faisant état du résultat de l'enquête au comité des enquêtes, des plaintes et des rapports.

40. Qu'une nouvelle définition de règlement à l'amiable, formulée comme suit, soit ajoutée au Code des professions de la santé :

« processus de règlement à l'amiable » comprend la médiation, la conciliation, la négociation et tout autre moyen permettant de faciliter le règlement des questions en litige.

41. Qu'un nouvel article, formulé comme suit, soit ajouté au Code des professions de la santé :

Règlement à l'amiable

1. Un sous-comité du comité des enquêtes, des plaintes et des rapports peut instruire un plaignant et le membre qui fait l'objet de la plainte de prendre part à un processus de règlement à l'amiable dans le but de régler la plainte ou une question liée à la plainte, à moins que la plainte ne porte sur une allégation selon laquelle le membre aurait infligé des mauvais traitements d'ordre sexuel du type décrit aux sous-dispositions i, ii, iii, iv ou v de la disposition 2 du paragraphe 51 (5).

2. Tous les règlements conclus dans le cadre d'un processus de règlement à l'amiable doivent être examinés et approuvés par le sous-comité.

3. Si le sous-comité approuve un règlement, il créé par écrit un registre du processus suivi contenant, au minimum, une description du règlement conclu et des faits révélés au cours du processus, et il inscrit ce registre au tableau tenu par le registrateur.

4. Si un règlement ne peut être conclu dans le cadre d'un processus de règlement à l'amiable ou si le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports refuse d'approuver le règlement, les procédures normales du comité des enquêtes, des plaintes et des rapports sont engagées.

5. Un processus de règlement à l'amiable ne peut être utilisé que si :

   (a) le plaignant et le membre acceptent, sur une base éclairée et volontaire, de participer au processus;

   (b) le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports a produit par écrit des règles concernant le recours au processus [y compris des règles sur la divulgation complète et franche de tous les faits et sur la compréhension par le plaignant et le membre du langage utilisé];

   (c) les règles stipulent qu'une personne nommée pour aider à régler une question au moyen de ce processus peut être un membre du comité des enquêtes, des plaintes et des rapports ou une personne indépendante du comité. Cependant, le membre du comité qui est nommé ne pourra ultérieurement entendre l'affaire si elle est présentée au comité des enquêtes, des plaintes et des rapports, à moins que les parties ne donnent leur consentement.

6. Aucune personne nommée pour aider à résoudre une question au moyen d'un processus de règlement à l'amiable ne peut être obligée de témoigner ou de produire des documents dans une affaire relative aux faits qui sont portés à son attention au cours de son mandat d'assistance, à l'exception d'une instance introduite en vertu de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, d'une loi sur une profession de la santé ou de la *Loi sur la réglementation des médicaments et des pharmacies* ou d'une instance concernant une ordonnance ren due en vertu des articles 11.1 ou 11.2 de la *Loi sur le régime de médicaments de l'Ontario*.

7. Aucun registre, document ou autre élément préparé en vue d'un processus de résolution à l'amiable, ni aucune déclaration faite à cet égard, n'est admissible à une instance, autre qu'une instance introduite en vertu de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, d'une loi sur une profession de la santé ou de la *Loi sur la réglementation des médicaments et des pharmacies* ou d'une instance concernant une ordonnance rendue en vertu des articles 11.1 ou 11.2 de la *Loi sur le régime de médicaments de l'Ontario*.

42. Que l'article 85.1 de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

    Le membre dépose un rapport conformément à l'article 85.3 si, dans l'exercice de sa profession, il lui est donné des motifs raisonnables de croire qu'un autre membre de son ordre ou d'un autre ordre a infligé des mauvais traitements d'ordre sexuel à un patient ou qu'il a commis une faute professionnelle ou pourrait être incompétent ou inapte.

43. Que l'article 85.2 de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

> La personne qui exploite ou fait fonctionner un établissement dans lequel exercent un ou plusieurs membres dépose un rapport conformément à l'article 85.3 si, dans l'exercice de sa profession, le membre a des motifs raisonnables de croire qu'un membre qui exerce dans l'établissement a infligé des mauvais traitements d'ordre sexuel à un patient ou qu'il a commis une faute professionnelle ou pourrait être incompétent ou inapte.

44. Que le paragraphe 85.3 (1) de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

> Le rapport exigé aux termes des articles 85.1, 85.2 ou 85.5 doit être déposé par écrit auprès du comité des enquêtes, des plaintes et des rapports de l'ordre du membre qui fait l'objet du rapport.

45. Que le paragraphe 85.3 (2) de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

> Délai de dépôt
>
> (2) Le rapport exigé aux termes des articles 85.1, 85.2 ou 85.5 doit être déposé dans les trente jours qui suivent le jour où naît l'obligation de déposer un rapport, à moins que, dans le cas d'un signalement de mauvais traitements d'ordre sexuel, la personne qui est tenue de déposer le rapport n'ait des motifs raisonnables de croire que le membre continuera d'infliger des mauvais traitements d'ordre sexuel au patient ou en infligera à d'autres patients ou, dans d'autres cas, la personne qui doit déposer le rapport a des motifs raisonnables de croire que le membre place, dans l'immédiat, ses patients en situation de risque de préjudice, auquel cas le rapport doit être déposé sans tarder.

46. Que le paragraphe 85.3 (3) de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

> Contenu du rapport
>
> (3) Le rapport doit contenir :
>
> (a) le nom de la personne qui dépose le rapport;
>
> (b) le nom du membre qui fait l'objet du rapport;
>
> (c) une explication des présumés mauvais traitements d'ordre sexuel, faute professionnelle, incompétence, incapacité ou révocation, suspension ou restriction des privilèges ou de l'emploi.
>
> (d) sous réserve du paragraphe (4), le nom du patient du membre qui fait l'objet du rapport si les motifs de

la personne qui dépose le rapport sont liés à ce patient.

47. Que le paragraphe 85.5 de l'annexe 2, le Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

Dépôt de rapports par les employeurs, etc.

85.5 (1) Quiconque met fin à l'emploi d'un membre, lui retire ses privilèges ou son emploi, les suspend ou les assortit de restrictions, ou dissout la société en nom collectif, la société professionnelle de la santé ou l'association qu'il forme avec le membre, pour des motifs de faute professionnelle, d'incompétence ou d'incapacité, dépose auprès du comité des enquêtes, des plaintes et des rapports, dans les trente jours suivant l'accomplissement d'un de ces actes, un rapport écrit énonçant les motifs de sa décision.

Idem

(2) Quiconque avait l'intention de mettre fin à l'emploi d'un membre ou de lui retirer ses privilèges pour des motifs de faute professionnelle, d'incompétence ou d'incapacité, mais ne l'a pas fait parce que le membre a démissionné ou a renoncé volontairement à ses privilèges, dépose auprès du comité des enquêtes, des plaintes et des rapports, dans les trente jours suivant la démission ou la renonciation, un rapport écrit énonçant les motifs justifiant son intention d'agir.

Application

(3) Le présent article s'applique à toute personne, à l'exception d'un patient, qui emploie un membre ou qui s'associe à un membre dans une société en nom collectif ou autrement, ou qui lui offre des privilèges aux fins de la prestation de services de santé.

48. Que l'article 85.6 de l'annexe 2, Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par le paragraphe suivant :

Collaboration avec le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports

85.6 (b) Toute personne qui dépose un rapport en vertu des articles 85.1, 85.2, 85.4 ou 85.5, et toute personne qui détient des renseignements pertinents concernant le membre qui fait l'objet du rapport, doit collaborer avec le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports et avec tout enquêteur nommé par ce dernier, et doit tout particulièrement,

(a) permettre à l'enquêteur de pénétrer dans le lieu d'exercice du membre et de l'inspecter;

(b) permettre à l'enquêteur d'inspecter les registres des soins prodigués aux patients du membre;

(c) remettre au comité ou à l'enquêteur les renseignements

relatifs aux soins prodigués aux patients ou aux registres des soins prodigués aux patients du membre qu'exige le comité ou l'enquêteur, dans la forme précisée par le comité ou par l'enquêteur;

(d) s'entretenir avec le comité ou avec l'enquêteur à la demande du comité.

49. Que l'article 1 de la *LPSR* soit modifié par l'ajout de la définition suivante :

« lésions corporelles » signifie toute souffrance, lésion, ou blessure physique, psychologique ou émotionnelle causant des préjudices importants à l'intégrité, à la santé ou au bien-être d'une personne [*Traduction*];

50. Que le paragraphe 30 (1) de la *LPSR* soit abrogé et remplacé par le paragraphe suivant :

Aucune personne, autre qu'un membre qui donne un traitement ou des conseils entrant dans l'exercice de sa profession de la santé, ne doit donner de traitement ou de conseils à une personne en ce qui concerne sa santé dans des circonstances où il est raisonnable de prévoir que des lésions corporelles graves puissent découler du traitement ou des conseils ou d'une omission dans le traitement ou les conseils.

51. Que l'article 33 et l'alinéa 43 (1) d) de la *LPSR* soient abrogés et remplacés par ce qui suit :

34. (1) Nul ne doit employer le titre de « docteur », une variante ou une abréviation, ou un équivalent dans une autre langue, lorsqu'il donne ou propose de donner, en Ontario, des soins médicaux à des particuliers.

(2) Le paragraphe (1) ne s'applique pas à une personne qui

(a) est membre d'un ordre;

(b) est titulaire d'un doctorat acquis dans la discipline pour laquelle elle est inscrite auprès de l'ordre.

(3) La définition qui suit s'applique au présent article.

« abréviation » s'entend en outre de l'abréviation d'une variante;

« doctorat acquis » s'entend d'un doctorat conféré par un établissement d'enseignement accrédité ou approuvé par un organisme d'accréditation, lui-même approuvé par l'ordre.

(4) Nul ne doit employer, à l'oral ou à l'écrit, le titre de « docteur », une variante ou une abréviation, ou un équivalent

dans une autre langue, en vertu du paragraphe (2), sans indiquer pour quelle discipline le doctorat a été décerné.

52. Que le paragraphe 11 (1) de la *Loi de 1991 sur les infirmières et infirmiers* soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

> Nul autre qu'un membre ne doit employer le titre d'« infirmière » ou d'« infirmier », d'« infirmière autorisée » ou d'« infirmier autorisé », d'« infirmière praticienne » ou d'« infirmier praticien », d'« infirmière auxiliaire autorisée » ou d'« infirmier auxiliaire autorisé », une variante ou une abréviation, ou un équivalent dans une autre langue.

53. Que le paragraphe 11 (5) de la *Loi de 1991 sur les infirmières et infirmiers* soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

> Nul autre qu'un membre ne doit se présenter comme une personne qui a qualité pour exercer, en Ontario, la profession d'infirmière ou d'infirmier, d'infirmière autorisée ou d'infirmier autorisé, d'infirmière praticienne ou d'infirmer praticien, d'infirmière auxiliaire ou d'infirmier auxiliaire, ou une spécialité des soins infirmiers.

54. Le CCRPS a l'intention de mener une étude et des consultations plus poussées concernant l'utilisation des titres pour les professions du domaine de la psychologie, et prévoit soumettre ses recommandations à cet effet au ministre d'ici le mois d'octobre 2006.

55. Qu'un groupe de travail collaboratif, composé de représentants des Ordres de réglementation des professions de la santé de l'Ontario, du CCRPS et du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, établisse des procédures visant :

    (a) à améliorer la communication et le partage de renseignements de sorte que toutes les parties disposent de l'information dont elles ont besoin pour assumer leurs responsabilités dans le cadre du processus d'approbation des règlements;

    (b) à élaborer un modèle révisé servant de guide général pour la présentation de projets de règlement qui soit facile à comprendre et à mettre en œuvre pour tous les ordres;

    (c) à élaborer et à exécuter des plans de communication afin de garantir que toutes les parties comprennent pleinement le processus et la façon d'accélérer les approbations.

56. Que le ministère établisse des normes de responsabilité en ce qui a trait à son rendement dans le cadre du processus de réglementation, notamment :

    (a) des délais opportuns pour accuser réception des projets règlements et y répondre;

    (b) une communication continue avec le proposant concernant l'état de la proposition;

(c) l'adoption de mécanismes appropriés de résolution des questions en litige avec les ordres;

(d) la distribution de lignes directrices et de principes concernant les règlements;

(e) les processus d'approbation des règlements lorsque plusieurs lois sont en cause et que des règlements doivent correspondre entre eux;

(f) un mécanisme d'évaluation interne et externe favorisant une amélioration continue de la qualité dans ses activités de réglementation.

57. Que les représentants du public nommés aux conseils des ordres soient choisis en fonction de la pertinence de leurs études et de leur expérience : ils doivent démontrer les connaissances, la capacité, la volonté et l'engagement nécessaires pour s'acquitter de leurs responsabilités en tant que membres représentant l'intérêt public.

58. Que le gouvernement envisage d'apporter des modifications à son processus de nomination pour prolonger le mandat des représentants du public nommés aux conseils des ordres ou de permettre une prolongation de la durée d'une nomination « à titre amovible » jusqu'à la nomination d'un successeur par le lieutenant-gouverneur en conseil.

59. Que le gouvernement détermine si le ministre devrait avoir le droit de nommer des membres du public aux conseils à la place du lieutenant-gouverneur en conseil.

60. Qu'il y ait parité dans l'affectation des fonds nécessaires à l'éducation de l'ensemble des membres des conseils, qu'ils soient nommés ou élus, et que le financement du ministère prévu pour la formation et l'orientation des membres du public soit suffisant pour leur permettre de profiter des possibilités de formation au même titre que les membres de la profession des conseils des ordres.

61. Que le gouvernement entreprenne en temps opportun un examen rigoureux de la rémunération prévue pour les représentants du public afin qu'elle soit augmentée pour ceux qui sont nommés aux conseils.

62. Le CCRPS propose de mettre sur pied un programme de consultation qui permettra à chaque profession d'évaluer la validité et la fiabilité de son champ d'exercice et de ses actes autorisés, et de présenter ses recommandations au ministre.

63. Que l'article 5 de la *LPSR* soit modifié par l'ajout du paragraphe suivant :

(a) Le ministre peut exiger d'un conseil qu'il produise des rapports et des renseignements aux fins de l'administration de la présente loi ou des activités de gestion, d'évaluation, de surveillance, d'affectation de ressources et de planification

pour la totalité ou une partie du système de santé, y compris la prestation de services et la planification des ressources dans le domaine de la santé.

Collecte de renseignements auprès des membres

(b) Chaque ordre doit recueillir auprès de ses membres, et chaque membre fournir à l'ordre, les renseignements nécessaires à la production des rapports au ministre visés au paragraphe (1).

64. Que l'on crée un groupe de travail commun composé du ministre et de représentants des Ordres de réglementation des professions de la santé de l'Ontario et chargé d'élaborer des critères cohérents pour la collecte de données globales qui seraient utiles à la planification des ressources humaines dans le domaine de la santé et de la planification de la prestation de services.

65. Le CCRPS propose d'amorcer des consultations pour se pencher sur des options de réglementation en vue d'élargir le rôle des infirmières et des infirmiers dans le domaine de l'anesthésie et pour faire des recommandations au ministre à titre prioritaire.

66. Le CCRPS propose d'amorcer des consultations afin d'examiner des options de réglementation visant à élargir le rôle des spécialistes en physiothérapie orthopédique, et faire des recommandations au ministre à titre prioritaire.

67. Le CCRPS propose d'effectuer un examen afin de déterminer si les champs d'exercice sont à jour dans les secteurs diagnostiques et technologiques des professions de la santé et s'il y a lieu de créer de nouvelles catégories au sein de ces professions afin de répondre aux besoins actuels et futurs. Le CCRPS donnera son avis au ministre une fois cette évaluation terminée.

68. Que l'article 71 de l'annexe 2, Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

Entrée en vigueur de certaines ordonnances

71. L'ordonnance rendue par un sous-comité du comité de discipline pour cause d'incompétence ou découlant d'une conclusion selon laquelle un membre a infligé des mauvais traitements d'ordre sexuel consistant en l'un des actes mentionnés à la sous-disposition i, ii, iii ou iv de la disposition 2 du paragraphe 51 (5), ou une ordonnance rendue par un sous-comité du comité d'aptitude professionnelle pour cause d'incapacité, et qui enjoint au registrateur de révoquer ou de suspendre le certificat d'inscription d'un membre, ou de l'assortir de restrictions ou de conditions, entre en vigueur immédiatement même s'il y a appel de l'ordonnance, et la Cour peut ne pas accorder une suspension de l'ordonnance jusqu'à ce que l'appel soit tranché.

69. Que le titre « Appel porté devant la Commission » précédant le paragraphe 21 (1) de l'annexe 2, Code des professions de la santé soit modifié afin de se lire comme suit : « Audiences ou examens relatifs à la demande ».

70. Que l'article 36 de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

> 36. (1) Une personne employée, engagée ou nommée aux fins de l'application de la présente loi, d'une loi sur une profession de la santé ou de la *Loi sur la réglementation des médicaments et des pharmacies* ainsi que les membres d'un conseil ou d'un des comités d'un ordre ne doivent divulguer aucun renseignement venant à leur connaissance dans l'exercice de leurs fonctions.
>
> (2) Le sous-article (1) n'interdit pas
>
> (a) la divulgation de renseignements accessibles au public en vertu de la présente loi, d'une loi sur une profession de la santé ou de la *Loi sur la réglementation des médicaments et des pharmacies*, d'un règlement pris en application de l'une ou l'autre de ces lois, ou des règlements administratifs ou règles de pratique et de procédure établis par un ordre;
>
> (b) la divulgation nécessaire à l'égard de l'application de la présente loi, d'une loi sur une profession de la santé ou de la *Loi sur la réglementation des médicaments et des pharmacies*, d'un règlement pris en application de l'une ou l'autre de ces lois, ou des règlements administratifs, ou règles de pratique et de procédure établis par un ordre, de même qu'à l'égard notamment de tout ce qui se rapporte à l'inscription des membres, aux plaintes concernant les membres, aux allégations d'incapacité, d'incompétence ou de faute professionnelle des membres ou à l'égard de la direction de la profession;
>
> (c) la divulgation à un organisme qui régit une profession de la santé en Ontario ou dans un ressort autre que l'Ontario;
>
> (d) la divulgation de la façon que peut exiger l'application de la *Loi sur l'interchangeabilité des médicaments et les honoraires de préparation*, de la *Loi sur la protection contre les rayons X*, de la *Loi sur l'assurance-santé*, de la *Loi sur les établissements de santé autonomes*, de la *Loi autorisant des laboratoires médicaux et des centres de prélèvement*, de la *Loi sur le régime de médicaments de l'Ontario*, de la *Loi sur les stupéfiants* (Canada) et de la *Loi sur les aliments et drogues* (Canada);
>
> (e) la divulgation nécessaire aux fins des activités de gestion, d'évaluation, de surveillance, d'affectation de

ressources et de planification pour la totalité ou une partie du système de santé, y compris la prestation de services et la planification des ressources humaines dans le domaine de la santé par le ministre;

(f) la divulgation à un agent de police afin de faciliter une enquête menée en vue d'une instance en exécution de la loi ou qui aboutira vraisemblablement à une telle instance;

(g) la divulgation par une personne ou un membre à son avocat;

(h) la divulgation avec le consentement écrit de toutes les personnes que les renseignements concernent;

(i) la divulgation à une entité prescrite si la divulgation a pour but de protéger une ou plusieurs personnes contre un préjudice;

(j) la divulgation d'une enquête sur un membre si la divulgation est dans l'intérêt public et dans des circonstances où :
   1. l'enquête sur le membre relève du domaine public,
   2. des accusations criminelles ont été portées contre le membre relativement au même problème pour lequel il fait l'objet d'une enquête.

71. Que les protocoles relatifs aux ordonnances données verbalement soient décrits en détail, individuellement et collectivement, par l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario et tout autre organisme de réglementation dont les membres sont autorisés à prescrire des médicaments, notamment, l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, l'Ordre royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario, l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, ainsi que l'Ordre des sages-femmes de l'Ontario.

72. Le CCRPS croit qu'il est indiqué de procéder à un examen plus approfondi de la liste de médicaments que contient chaque règlement régissant des professions de la santé, autres que celle de médecin, qui sont autorisées à prescrire des médicaments. Nous proposons d'entreprendre cet examen et de formuler nos conseils au ministre d'ici novembre 2006.

73. Le CCRPS propose d'entreprendre un examen, dans le cadre d'un programme de consultation, pour établir s'il y a lieu d'apporter certains changements afin que les politiques et les lignes directrices des ordres soient à jour, qu'elles tiennent compte des pratiques exemplaires et qu'elles aient également force exécutoire. Au cours de cet examen, le CCRPS relèvera les options appropriées et préparera son avis qu'il soumettra à l'étude du ministre.

Réglementation des optométristes

1. Que les optométristes de l'Ontario soient autorisés à prescrire des agents pharmaceutiques thérapeutiques, à l'exception des antiglaucomateux.

2. Que la *Loi de 1991 sur les optométristes* soit modifiée de façon à ce que l'article 4 comporte le point 4 suivant : Prescrire des médicaments appartenant aux catégories prescrites.

3. Que le conseil de l'Ordre des optométristes de l'Ontario formule des règlements, assujettis à l'approbation du lieutenant-gouverneur et à l'examen préalable du ministre, prescrivant les catégories de médicaments pouvant être prescrits.

4. Que, à la suite de toute modification législative, et afin de soutenir la bonne mise en oeuvre des recommandations, l'Ordre des optométristes de l'Ontario :

    1. établisse de nouvelles normes et directives de pratique et de compétence pour ses membres;

    2. élabore des programmes de perfectionnement des études et d'éducation compensatoire pour ses membres;

    3. assujettisse les certificats d'inscription à certaines « conditions et restrictions » dans le cas des membres qui n'ont pas suivi la formation requise sur la prescription, les conditions et restrictions ne devant être levées que lorsque les membres possèdent les capacités exigées;

    4. élabore, de concert avec l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, des directives communes concernant la cogestion des cas de glaucome, l'orientation des patients et d'autres questions exigeant la collaboration entre les deux professions.

Réglementation des techniciens en pharmacie

1. Que les techniciens en pharmacie soient réglementés en tant que catégorie de l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario.

2. Que la description des actes autorisés aux techniciens en pharmacie soit la suivante :

    Dans le cadre de la pratique de la pharmacie, tout membre inscrit en tant que technicien en pharmacie conformément aux règlements applicables est autorisé à préparer, à vendre et à composer des médicaments, sous réserve des modalités et des restrictions imposées à son certificat d'inscription.

3. Que les techniciens en pharmacie autorisés puissent préparer et composer des médicaments conformément au paragraphe 117(1) de la *Loi sur la réglementation des médicaments et des pharmacies*.

4. Que la disposition de la *Loi de 1991 sur les pharmaciens* portant sur les titres réservés soit modifiée de la façon suivante :

   Nul autre qu'un membre ne doit employer les titres d'« apothicaire », de « pharmacien droguiste », de « pharmacien », de « pharmacien chimiste » ou de « technicien en pharmacie autorisé », une variante ou une abréviation, ou un équivalent dans une autre langue.

   et que, en ce qui concerne la déclaration de compétence :

   Nul autre qu'un membre ne doit se présenter comme une personne ayant qualité pour exercer en Ontario la profession de pharmacien ou de technicien en pharmacie autorisé ou une spécialité de la pharmacie.

5. Que le Conseil de l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario soit composé a) de neuf à seize personnes élues parmi les membres de l'Ordre conformément aux règlements applicables, dont sept à douze pharmaciens, et deux à quatre techniciens en pharmacie autorisés; b) de dix à quinze non-professionnels nommés par le lieutenant-gouverneur en conseil, et c) du doyen de chacune des facultés de pharmacie en Ontario.

6. Que les règlements relatifs à la *Loi de 1991 sur les pharmaciens* précisent que la réception d'ordonnances verbales ne soit pas permise aux techniciens en pharmacie autorisés.

7. Que le ministre émette une directive demandant à l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario, de même qu'aux autres ordres professionnels dont les membres sont autorisés à prescrire des médicaments, soit l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, l'Ordre royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario, l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario et l'Ordre des sages-femmes de l'Ontario, d'établir individuellement et collectivement des protocoles relatifs aux ordonnances verbales.

8. Que l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario mette en oeuvre un plan de communication stratégique au cours de la phase de transition et de l'entrée des techniciens en pharmacie autorisés dans la profession.

Réglementation de l'homépathie et de la naturopathie

1. Que les homéopathes et les naturopathes soient réglementés en vertu de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*.

2. Qu'un Ordre des naturopathes et des homéopathes de l'Ontario soit établi.

3. Que le conseil de l'Ordre soit composé (a) de six à neuf personnes élues parmi les membres de l'Ordre conformément aux règlements applicables et; (b) de cinq à huit personnes nommées par le lieutenant-gouverneur en conseil qui ne sont pas membres de l'Ordre ou d'un autre ordre ou conseil assujetti à la *LPSR*.

4. Que les membres du conseil élisent parmi eux annuellement un président et un vice-président du conseil.

5. Que chaque membre de l'Ordre qui pratique l'homéopathie ou la naturopathie, ou qui réside en Ontario et s'est acquitté à temps de sa cotisation annuelle puisse participer à l'élection des membres du conseil.

6. Que le champ d'exercice des naturopathes soit définit de la façon suivante :

   L'exercice de la naturopathie consiste dans la promotion de la santé, l'évaluation de l'état physique et psychologique de la personne, ainsi que le diagnostic, la prévention et le traitement des maladies, des troubles et des dysfonctionnements au moyen de l'emploi intégré de thérapies et de médecines naturelles qui favorisent les mécanismes d'autoguérison inhérents à chaque personne.

7. Que le champ d'exercice des homéopathes soit définit de la façon suivante :

   L'exercice de l'homéopathie consiste dans l'évaluation des troubles touchant les systèmes et les appareils de l'organisme au moyen de techniques homéopathiques et de traitements comprenant des remèdes homéopathiques qui favorisent, maintiennent ou rétablissent la santé.

8. Que les homéopathes ne puissent accomplir aucun acte autorisé.

9. Le CCRPS présente les recommandations suivantes concernant les actes autorisés aux naturopathes.

   - **Communiquer des diagnostics**

     Que les naturopathes soient autorisés à communiquer un diagnostic, à condition que le diagnostic soit établi :

     - en fonction des antécédents du patient, des résultats d'un examen de santé complet et, au besoin, des résultats de tests en laboratoire et d'autres investigations que le membre est autorisé à exécuter;

     - une fois que le membre aura appliqué les indicateurs d'orientation et/ou de consultation obligatoires qui seront élaborés par l'Ordre.

   - **Pratiquer des interventions sous le derme**

     Que les naturopathes soient autorisés à pratiquer des interventions sur le tissu situé sous le derme pour les besoins de la veinopuncture, des tests par piqûre et de l'acupuncture.

   - **Mouvoir les articulations de la colonne vertébrale**

     Que les naturopathes soient autorisés à mouvoir les articulations

de la colonne vertébrale au-delà de l'arc de mouvement physiologique habituel des personnes au moyen d'impulsions rapides de faible amplitude.

- **Administrer des substances**

  Que les naturopathes soient autorisés à administrer des substances par voie d'inhalation ou d'injection et conformément aux règlements.

- **Introduire un instrument, une main ou un doigt dans certains orifices du corps**

  Que les naturopathes soient autorisés à introduire un instrument, une main ou un doigt dans les orifices du corps, tout en respectant les limites suivantes :

  - au-delà du méat urinaire afin d'effectuer un prélèvement;
  - au-delà des grandes lèvres, mais non au-delà du col utérin;
  - au-delà de la marge de l'anus, mais non au-delà de la jonction entre le sigmoïde et le rectum.

- **Formes d'énergie**

  Que les naturopathes soient autorisés à appliquer une forme d'énergie ou à en ordonner l'application de la façon suivante :

  - ordonner l'utilisation des ultrasons et d'autres formes d'énergie à des fins de diagnostic et conformément aux règlements.

- **Prescrire, préparer, vendre et/ou composer des médicaments et des produits naturels**

  Que les naturopathes soient autorisés à prescrire, à préparer, à vendre et/ou à composer des médicaments conformes à la pratique de la naturopathie et prescrits par les règlements.

- **Pratiquer des tests de provocation d'allergie**

  Que les naturopathes ne soient pas autorisés à pratiquer des tests de provocation d'allergie.

10. Que l'utilisation du titre d'« homéopathe autorisé » ou d'une variante, d'une abréviation ou d'un équivalent dans une autre langue, soit réservée aux membres de l'Ordre.

11. Que toute personne qui ne soit pas membre de l'Ordre ne puisse prétendre avoir qualité pour pratiquer l'homéopathie en Ontario.

12. Que l'utilisation des titres de « docteur en naturopathie », « docteur en médecine naturopathique » et « naturopathe », ou d'une variante, d'une abréviation ou d'un équivalent dans une autre langue, soit réservée aux membres de l'Ordre.

13. Que toute personne qui ne soit pas membre de l'Ordre ne puisse prétendre avoir qualité pour pratiquer la naturopathie ou la médecine naturopathique en Ontario.

14. Que le lieutenant-gouverneur en conseil, sur recommandation du ministre, nomme pour un mandat de trois ans un conseil de transition de l'homéopathie, de même qu'un président et un vice-président du conseil.

15. Que le lieutenant-gouverneur en conseil, sur recommandation du ministre, nomme pour un mandat d'un an un conseil de transition de la naturopathie, de même qu'un président et un vice-président du conseil.

16. Que le conseil de transition de l'homéopathie soit composé d'un président; d'un vice-président; de six à neuf personnes qui sont actuellement des praticiens non réglementés de l'homéopathie; d'au moins trois personnes nommées par l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, l'Ordre des chiropraticiens de l'Ontario et l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario; et de cinq à huit personnes qui ne sont actuellement pas des praticiens non réglementés de l'homéopathie, ni des membres d'un ordre réglementé ou d'un conseil assujetti à la *LPSR*.

17. Que le conseil de transition de la naturopathie soit composé d'un président; d'un vice-président; de six à neuf personnes qui sont actuellement des membres inscrits du Conseil d'administration des praticiens ne prescrivant pas de médicaments (naturopathie); d'au moins trois personnes nommées par l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario et l'Ordre des chiropraticiens de l'Ontario; et de cinq à huit personnes qui ne sont actuellement pas des membres inscrits du Conseil d'administration des praticiens ne prescrivant pas de médicaments (naturopathie), ni des membres d'un ordre réglementé ou d'un conseil assujetti à la *LPSR*.

18. Que le conseil de transition de l'homéopathie et le conseil de transition de la naturopathie prennent conjointement et immédiatement les mesures suivantes :

    a) nommer un registrateur;

    b) élaborer des processus de traitement des plaintes, d'enquête et de discipline;

    c) élaborer les règlements de l'Ordre, y compris des règlements sur l'élection des membres du conseil;

d) élaborer des règlements sur la publicité, les conflits d'intérêts et la tenue de dossiers;

e) élaborer des procédures administratives;

f) élaborer un code de déontologie et un code de conduite professionnelle.

19. Que le conseil de transition de l'homéopathie et ses comités aient le pouvoir d'accepter et de traiter les demandes de certificat d'inscription, de facturer des droits de demande et d'émettre les certificats d'inscription.

20. Que le conseil de transition de la naturopathie et ses comités aient le pouvoir d'accepter et de traiter les demandes de certificat d'inscription, de facturer des droits de demande et d'émettre les certificats d'inscription.

21. Que le conseil de transition de l'homéopathie ainsi que ses membres et ses comités aient le pouvoir de prendre toute mesure jugée nécessaire ou avisée en attendant l'établissement du conseil.

22. Que le conseil de transition de la naturopathie ainsi que ses membres et ses comités aient le pouvoir de prendre toute mesure jugée nécessaire ou avisée en attendant l'établissement du conseil.

23. Que, dès la nomination de ses membres, le conseil de transition de l'homéopathie entreprenne immédiatement l'élaboration de ce qui suit :

a) une liste des homéopathes non réglementés actuellement en exercice, y compris le nom et l'adresse du praticien, les études et la formation suivies, les pratiques de facturation et la forme d'homéopathie exercée;

b) des qualifications minimales élevées visant la pratique de l'homéopathie;

c) des exigences en matière d'éducation et des normes d'équivalence permettant de procéder à l'inscription des homéopathes non réglementés actuellement en exercice;

d) des catégories d'inscription relatives à la pratique de l'homéopathie;

e) des normes générales sur la pratique de l'homéopathie;

f) des normes sur la consultation obligatoire et l'orientations obligatoires;

g) des programmes d'assurance de la qualité et de maintien des compétences relatifs à la pratique de l'homéopathie;

h) toute question que le conseil de transition juge importante concernant la réglementation des homéopathes.

24. Que, dès la nomination de ses membres, le conseil de transition de la naturopathie entreprenne immédiatement l'élaboration de ce qui suit :

a) une liste des personnes inscrites actuellement au Conseil d'administration des praticiens ne prescrivant pas de médicaments (naturopathie), y compris le nom et l'adresse de chacune, les études et la formation suivies, les pratiques de facturation et la forme de naturopathie exercée;

b) des qualifications minimales élevées visant la pratique de la naturopathie;

c) des exigences en matière d'éducation et des normes d'équivalence permettant de procéder à l'inscription des naturopathes réglementés et non réglementés actuellement en exercice;

d) des catégories d'inscription relatives à la pratique de la naturopathie;

e) des normes générales sur la pratique de la naturopathie;

f) des normes sur la consultation obligatoire et l'orientations obligatoires;

g) des programmes d'assurance de la qualité et de maintien des compétences relatifs à la pratique de la naturopathie;

h) toute question que le conseil de transition juge importante concernant la réglementation des naturopathes.

25. Que, sous réserve de l'approbation du lieutenant-gouverneur en conseil et de l'examen préalable du ministre, le conseil de l'Ordre des naturopathes et des homéopathes de l'Ontario soit autorisé à prendre des règlements :

- prescrivant des qualifications minimales élevées concernant la pratique de l'homéopathie et de la naturopathie;
- prescrivant et régissant les thérapies utilisées dans la pratique de l'homéopathie et de la naturopathie, et interdisant les autres thérapies;
- établissant des titres réservés;
- portant sur toute question relative à la profession et/ou à la pratique de l'homéopathie, et sur toute question relative à la profession et/ou à la pratique de la naturopathie.

26. Que la *Loi sur les praticiens ne prescrivant pas de médicaments* soit abrogée.

Réglementation de la kinésiologie

1. Que les kinésiologues soient réglementés en vertu de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*.

2. Qu'un Ordre des kinésiologues de l'Ontario (College of Kinesiologists of Ontario) soit formé.

3. Que le champ d'exercice des kinésiologues soit le suivant : application de principes scientifiques afin d'améliorer la force, l'endurance et la mobilité de personnes ayant une limitation fonctionnelle ou non, et exécution de tests, d'évaluations et de mesures musculo-squelettiques, neurologiques, biomécaniques, physiologiques, psychologiques et relatives à une tâche particulière.

4. Que le conseil de l'Ordre des kinésiologues soit composé de sept à neuf membres élus conformément aux règlements de l'Ordre; de ce nombre, de cinq à sept seront nommés par le lieutenant-gouverneur en conseil, et un devra provenir d'une faculté responsable d'un programme universitaire ontarien de kinésiologie.

5. Que le conseil élise annuellement une présidente ou un président ainsi qu'une vice-présidente ou un vice-président parmi ses membres.

6. Que chaque membre qui pratique et réside en Ontario et qui s'acquitte à temps de ses cotisations annuelles soit autorisé à participer à l'élection du conseil.

7. Que l'utilisation du titre « kinésiologue » soit réservé aux membres de l'Ordre.

8. Que toute personne n'étant pas membre de l'Ordre ne puisse affirmer détenir le titre de kinésiologue.

9. Que le lieutenant-gouverneur en conseil, sur recommandation du ministre, nomme pour une durée de deux ans un conseil de transition et une présidente ou un président.

10. Que le conseil de transition soit composé de cinq à sept personnes représentant l'Ontario Kinesiology Association et la Société canadienne de physiologie de l'exercice, et de trois à cinq personnes qui ne sont pas membres de ces associations ou d'un ordre professionnel réglementé en vertu de la *LPSR*.

11. Que le conseil de transition, ses membres et ses comités aient le pouvoir de prendre toute mesure jugée nécessaire ou avisée en attendant l'établissement du conseil de l'Ordre des kinésiologues.

12. Que le conseil de transition ait le pouvoir de nommer un registrateur, et que le registrateur et les comités du conseil aient le pouvoir d'accepter

et de traiter les demandes de certificat d'inscription, de facturer des droits de demande et d'émettre les certificats d'inscription.

13. Que le ministre demande au conseil de transition d'exécuter certaines tâches, dont les suivantes :

    i. examiner et déterminer les titres de compétence et les capacités que doivent posséder les personnes qui affirment détenir le titre de kinésiologue en Ontario, y compris les exigences en matière d'études et de formation;

    ii. examiner et déterminer la nature de la pratique exercée par les personnes qui affirment détenir le titre de kinésiologue en Ontario;

    iii. reconnaître, préciser et nommer les domaines d'exercice relevant du champ de pratique générale exercée par les personnes qui affirment détenir le titre de kinésiologue en Ontario;

    iv établir les critères relatifs à la mise sur pied d'un baccalauréat de kinésiologie en Ontario, y compris ceux concernant les compétences essentielles et l'examen de qualification;

    v. établir les critères relatifs à l'inscription des kinésiologues en Ontario;

    vi. établir un programme d'évaluation des acquis préalable à l'inscription pour les personnes qui affirment détenir le titre de kinésiologue;

    vii. établir un programme de qualification et d'éducation compensatoire préalable à l'inscription pour les personnes qui affirment détenir le titre de kinésiologue;

    viii. élaborer des normes de pratique pour chaque domaine d'exercice;

    ix. établir des normes relatives à la consultation obligatoire, à l'orientation et au transfert des soins;

    x. établir des processus relatifs à l'élection du conseil et superviser l'élection du premier conseil.

Réglementation de la psychothérapie

1. Que la psychothérapie et les psychothérapeutes soient réglementés aux termes de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées (LPSR)*.

2. Que soit formé un Ordre des psychothérapeutes de l'Ontario (College of Psychotherapists of Ontario).

3. Que soit défini dans la *LPSR* un champ d'exercice légal, que ce champ restreigne l'exercice de la psychothérapie à certains professionnels

réglementés et qu'une exemption pour certaines activités soit prévue de la manière suivante :

(1) La psychothérapie consiste en une ou plusieurs interventions psychologiques pratiquées dans le cadre d'une relation thérapeutique pour le traitement de perturbations cognitives, affectives ou comportementales.

(2) Seules peuvent s'engager dans les activités définies au paragraphe (1) les personnes qui sont membres en règle de l'Ordre ou de l'un des ordres professionnels suivants et qui ont satisfait aux exigences propres à l'exercice de la psychothérapie établies par celui dont elles relèvent : l'Ordre des psychologues de l'Ontario, l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, l'Ordre des travailleurs sociaux et des techniciens en travail social de l'Ontario, et l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario.

(3) La *LPSR* ne s'applique pas aux conseillers fournissant des renseignements, des encouragements, des conseils ou des instructions portant sur des questions affectives, sociales, éducatives ou spirituelles.

(4) Nonobstant le paragraphe (3), le traitement qui déborde les limites de la consultation ne devrait pas faire l'objet d'une exemption.

4. Que le conseil de l'Ordre des psychothérapeutes compte :
a) de six à neuf membres élus conformément aux règlements de l'Ordre;
b) de cinq à huit personnes nommées par le lieutenant-gouverneur en conseil et non membres de l'Ordre, d'un autre ordre professionnel ou du conseil aux termes de la *LPSR*.

5. Que le conseil de l'Ordre des psychothérapeutes établisse un comité consultatif composé de membres représentant l'Ordre des psychologues de l'Ontario, l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, l'Ordre des travailleurs sociaux et des techniciens en travail social de l'Ontario, ainsi que l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario.

6. Que le conseil élise annuellement une présidente ou un président ainsi qu'une vice-présidente ou un vice-président parmi ses membres.

7. Que chaque membre de l'Ordre des psychothérapeutes qui exerce la psychothérapie ou réside en Ontario et qui s'acquitte à temps de ses cotisations annuelles soit autorisé à participer à l'élection du conseil.

8. Que l'utilisation du titre « psychothérapeute » soit réservée aux membres de l'Ordre, ainsi qu'aux membres de l'Ordre des psychologues de l'Ontario, de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, de l'Ordre des travailleurs sociaux et des techniciens en travail social de l'Ontario et de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario qualifiés pour exercer la psychothérapie.

9. Que les personnes qui ne sont pas membres de l'Ordre ou membres de l'Ordre des psychologues de l'Ontario, de l'Ordre des médecins et

chirurgiens de l'Ontario, de l'Ordre des travailleurs sociaux et des techniciens en travail social de l'Ontario et de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario mais qui exercent la psychothérapie ne se présentent pas comme étant qualifiées pour exercer la psychothérapie en Ontario.

10. Que le lieutenant-gouverneur en conseil, sur recommandation du ministre, nomme pour une période de trois ans un conseil de transition, une présidente ou un président ainsi qu'une vice-présidente ou un vice-président.

11. Que le conseil de transition soit composé : d'une présidente ou d'un président ainsi que d'une vice-présidente ou d'un vice-président; de six à neuf praticiens actuellement non réglementés et exerçant la psychothérapie; de quatre à six personnes nommées par l'Ordre des psychologues de l'Ontario, l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, l'Ordre des travailleurs sociaux et des techniciens en travail social de l'Ontario et l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario; et de cinq à huit personnes autres que des praticiens actuellement non réglementés exerçant la psychothérapie et autres que des personnes membres d'un ordre professionnel réglementé ou du conseil aux termes de la *LPSR*.

12. Que le conseil de transition ait le pouvoir de nommer un registrateur, et que le registrateur et les comités du conseil aient le pouvoir d'accepter et de traiter les demandes de certificat d'inscription, de facturer des droits de demande et d'émettre les certificats d'inscription.

13. Que le conseil de transition, ses employés et ses comités aient le pouvoir de prendre toute mesure nécessaire ou souhaitable en attendant l'établissement du conseil de l'Ordre.

14. Qu'au moment de la nomination de ses membres, le conseil de transition élabore d'emblée :

    (a) une liste des psychothérapeutes actuellement non réglementés, sur laquelle figureront notamment le nom des personnes qui exercent la psychothérapie, leurs études et leur formation, les pratiques de facturation, ainsi que la forme de psychothérapie exercée par chaque personne inscrite;

    (b) des exigences minimum élevées pour l'exercice de la psychothérapie;

    (c) des normes générales pour l'exercice de la psychothérapie;

    (d) des programmes d'assurance de la qualité pour la psychothérapie;

    (e) les normes en matière d'études et d'équivalences requises aux fins de l'inscription des praticiens actuellement non réglementés.

15. Que le ministre de la Santé et des Soins de longue durée et le ministre des Services sociaux et communautaires, aux termes de l'alinéa 5 (1) d) de la *LPSR* et de l'article 11 de la *Loi de 1998 sur le travail*

social et les techniques de travail social respectivement, exigent de l'Ordre des psychologues de l'Ontario, de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, de l'Ordre des travailleurs sociaux et des techniciens en travail social de l'Ontario et de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario qu'ils établissent des exigences minimum élevées et des normes générales pour l'exercice de la psychothérapie dans le cadre des professions qu'ils régissent.

16. Que si, de l'avis des ministres susnommés, l'un ou plusieurs des ordres précités manquent à leur obligation d'établir les exigences décrites précédemment et qu'ils ne mettent pas en place les mécanismes nécessaires pour en assurer l'application et l'observation dans le délai précisé par les ministres dans leurs directives, les exigences établies par l'Ordre des psychothérapeutes soient réputées applicables.

17. Que sous réserve de l'approbation du lieutenant-gouverneur en conseil et avec l'examen préalable du ministre, le conseil de l'Ordre des psychothérapeutes de l'Ontario soit autorisé à prendre des règlements :

    - prescrivant des exigences minimum élevées pour l'exercice de la psychothérapie;
    - prescrivant et gouvernant les thérapies comportant l'exercice de la profession et interdisant d'autres thérapies;
    - exemptant les modalités qui ne concernent pas l'exercice de la psychothérapie;
    - ajoutant des titres réservés;
    - concernant toute question se rapportant soit à la profession de psychothérapeute ou à l'exercice de la psychothérapie, soit à ces deux domaines.

18. Que des modifications complémentaires soient apportées à la *Loi de 1991 sur les infirmières et infirmiers*, à la *Loi de 1991 sur les médecins*, à la *Loi de 1991 sur les psychologues* et à la *Loi de 1998 sur le travail social et les techniques de travail social*.

Réglementation des préposés aux services de soutien à la personne

1. Qu'aucune modification ne soit apportée à l'alinéa 29 (1) e) de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, qui exclut « l'aide prêtée à une personne dans l'accomplissement de ses activités de la vie quotidienne, si l'acte est un acte autorisé visé à la disposition 5 ou 6 du paragraphe 27 (2) ».

2. Que le CCRPS termine la première phase de son travail en réponse à la demande d'avis présentée par le ministre et propose ses recommandations finales en septembre 2006.

Règlement sur les soins auditifs

1. Il n'est pas nécessaire de redéfinir l'acte autorisé de « prescription d'appareils de correction auditive aux personnes malentendantes » à l'alinéa 27 (2) 10 de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*.

2. Que les procédures suivantes ne soient pas des actes autorisés aux termes de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* : l'évaluation audiologique et la communication de ses résultats; la communication d'un diagnostic audiologique; les tests auditifs; l'introduction d'air, de gaz ou d'eau sous pression, l'application d'énergie à des niveaux de pression acoustique élevés, l'introduction ou le retrait d'instruments, d'appareils, de doigts ou d'autres objets dans le conduit auditif externe; la gestion du cérumen.

3. Que l'alinéa 27 (2) 10 de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

   10. La prescription ou la délivrance d'appareils de correction auditive aux personnes malentendantes.

4. Que les audioprothésistes soient réglementés en tant que profession dans le cadre de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*.

5. Que le titre de la *Loi de 1991 sur les audiologistes et les orthophonistes* soit remplacé par *Loi sur les professionnels de l'audition et de l'orthophonie*.

6. Que la définition du terme « Ordre » à l'article 1 et au paragraphe 2 (2) de la *Loi de 1991 sur les audiologistes et les orthophonistes* soit abrogée et remplacée par celle-ci :

   « Ordre » Ordre des professionnels de l'audition et de l'orthophonie de l'Ontario. (« College »)

7. Que la définition de « profession » à l'article 1 et au paragraphe 2 (2) de la *Loi de 1991 sur les audiologistes et les orthophonistes* soit abrogée et remplacée par celle-ci :

   « profession » la profession d'audiologiste, la profession d'orthophoniste et la profession d'audioprothésiste. (« profession »)

8. Qu'une nouvelle définition de « règlement interne » soit ajoutée au paragraphe 2 (2) de la *Loi de 1991 sur les audiologistes et les orthophonistes* de la manière qui suit :

   « règlements administratifs » Le règlement interne pris en application de la présente loi. (« by-laws »)

9. Que l'article 3 de la *Loi de 1991 sur les audiologistes et les orthophonistes* soit modifié par l'adjonction du paragraphe suivant :

L'exercice de la profession d'audioprothésiste consiste dans l'administration de tests auditifs, ainsi que dans l'adaptation et la délivrance d'appareils de correction auditive.

10. Que l'article 4 de la *Loi de 1991 sur les audiologistes et les orthophonistes* soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

(1) Dans l'exercice de la profession d'audiologiste, un membre est autorisé à prescrire ou à délivrer, sous réserve des conditions et restrictions dont est assorti son certificat d'inscription, des appareils de correction auditive aux personnes malentendantes.

(2) Dans l'exercice de la profession d'audioprothésiste d'ordonnances, un membre est autorisé à délivrer, sous réserve des conditions et restrictions dont est assorti son certificat d'inscription, des appareils de correction auditive aux personnes malentendantes.

11. Que l'article 5 de la *Loi de 1991 sur les audiologistes et les orthophonistes* soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

L'Ordre est créé sous le nom d'Ordre des professionnels de l'audiologie et de l'orthophonie de l'Ontario en français et sous le nom de College of Hearing and Speech-Language Professionals of Ontario en anglais.

12. Que l'article 6 de la *Loi de 1991 sur les audiologistes et les orthophonistes* soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

(1) L'Ordre se compose :

(a) d'au moins huit et d'au plus neuf personnes qui sont des membres élus conformément aux règlements administratifs;
(b) d'au moins six et d'au plus sept personnes que nomme le lieutenant-gouverneur en conseil et qui ne sont pas :
(i) membres,
(ii) membres d'un ordre, tel que le définit la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*,
(iii) membres d'un conseil, tel que le définit la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*;
(c) trois personnes choisies, conformément à un règlement administratif adopté en vertu de l'article 11, parmi les membres qui font partie du corps professoral de la faculté d'audiologie ou d'orthophonie d'une université ontarienne ou d'un programme de formation à la profession de spécialiste en audioprothèses d'un collège communautaire ontarien.

Qui peut voter aux élections

(2) Sous réserve des règlements administratifs, chaque membre qui exerce sa profession ou réside en Ontario et qui a payé sa cotisation annuelle a droit de vote lors d'une élection des membres du conseil.

13. Que l'article 8 de la *Loi de 1991 sur les audiologistes et les orthophonistes* soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

(1) Nul autre qu'un membre ne doit employer les titres d'« audiologiste », d'« orthophoniste », de « logopède », d'« audioprothésiste » ou de « spécialiste en audioprothèses », une variante ou une abréviation, ou un équivalent dans une autre langue.

Déclaration de compétence

(2) Nul autre qu'un membre ne doit se présenter comme une personne ayant qualité pour exercer en Ontario la profession d'audiologiste, d'audioprothésiste, de spécialiste en audioprothèses ou d'orthophoniste, ou une spécialité de l'audiologie, de l'orthophonie ou de la profession d'audioprothésiste.

Définition

(3) La définition qui suit s'applique au présent article.
«abréviation» S'entend en outre de l'abréviation d'une variante.

14. Que l'article 11 de la *Loi de 1991 sur les audiologistes et les orthophonistes* soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

(1) Le conseil peut, par règlement administratif, traiter des compétences, du choix et du mandat des membres du conseil qui sont choisis.

(2) Le règlement administratif prévoit la représentation égale des audiologistes, des orthophonistes et des audioprothésistes.

(3) Le conseil, par règlement administratif, établit trois comités, dont chacun se compose exclusivement de membres d'une même profession et de membres habilités, sous réserve de l'approbation du Conseil, à établir des règles, des normes d'exercice et des directives sur les questions concernant exclusivement cette profession, conformément au domaine et aux critères établis par le Conseil.

15. Que l'article 12 de la *Loi de 1991 sur les audiologistes et les orthophonistes* soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

(1) L'Ordre des audiologistes et des orthophonistes de l'Ontario est maintenu jusqu'à la proclamation de l'article 5.

(2) Le lieutenant-gouverneur en conseil, sur recommandation du ministre de la Santé et des Soins de longue durée, nomme, pour une période de deux ans, un conseil transitoire, un président et un vice-président.

(3) Le conseil transitoire compte : un président; un vice-président; au moins deux représentants nommés par le conseil de l'Ordre

des audiologistes et des orthophonistes de l'Ontario; au moins deux représentants nommés par l'Association of Hearing Instrument Practitioners; un représentant du corps professoral d'un programme de formation à la profession de spécialiste en audioprothèses d'un collège communautaire ontarien; au moins trois et au plus quatre personnes qui ne sont pas membres de l'Ordre des audiologistes et des orthophonistes de l'Ontario.

Pouvoirs du conseil transitoire

(4) Après (date) mais avant l'entrée en vigueur de la présente loi, le conseil transitoire, ses employés et ses comités peuvent faire tout ce qui est nécessaire ou souhaitable en prévision de l'entrée en vigueur de la présente loi et tout ce que le conseil, ses employés et ses comités pourraient faire en vertu de la présente loi si elle était en vigueur.

Idem

(5) Sans préjudice de la portée générale du paragraphe (3), le conseil transitoire peut nommer un registrateur, et ce dernier ainsi que les comités du conseil peuvent recevoir et traiter les demandes de délivrance de certificat d'inscription, imposer les droits relatifs aux demandes et délivrer les certificats d'inscription

(6) Au moment de la nomination de ses membres, le conseil transitoire prend immédiatement les dispositions nécessaires pour :

1. élaborer une liste des praticiens qui s'identifient comme audioprothésistes (y compris les audioprothésistes d'ordonnances et les spécialistes en audioprothèses);
2. définir un corpus essentiel de connaissances s'appliquant à l'ensemble des audioprothésistes;
3. définir les exigences en matière d'études et les équivalences aux fins de l'inscription à l'Ordre.
4. demander au registrateur d'inscrire les candidats qui répondent aux critères d'inscription, et déterminer les conditions, les restrictions ou les modalités dont devrait s'assortir l'inscription d'un candidat.
5. établir les normes d'exercice des audioprothésistes;
6. élaborer des programmes de qualité pour les audioprothésistes;
7. élaborer des programmes de communication afin de diffuser l'information aux audioprothésistes, aux établissements d'enseignement, aux autres professions et aux membres du public.

Pouvoirs du ministre

(7) Le ministre peut :

(a) exercer un contrôle sur les activités du conseil transitoire et exiger de celui-ci qu'il fournisse des rapports et des renseignements;

(b) exiger du conseil transitoire qu'il prenne, modifie ou abroge un règlement aux termes de la présente loi;

(c) exiger du conseil transitoire qu'il fasse tout ce qui est

nécessaire ou souhaitable, de l'avis du ministre, pour réaliser l'intention de la présente loi et de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*.

Obligation du conseil transitoire de satisfaire à l'exigence du ministre

(8) Si le ministre exige du conseil transitoire qu'il prenne l'une ou l'autre mesure prévue au paragraphe (7), le conseil transitoire doit, dans le délai et de la manière précisés par le ministre, satisfaire à l'exigence et présenter un rapport.

Règlements

(9) Si le ministre exige du conseil transitoire qu'il prenne, modifie ou abroge un règlement en vertu de l'alinéa (7) b) et que le conseil transitoire n'obtempère pas dans les soixante jours, le lieutenant-gouverneur en conseil peut prendre, modifier ou abroger le règlement.

Idem

(10) Le paragraphe (8) n'a pas pour effet d'autoriser le lieutenant-gouverneur en conseil à faire quoi que ce soit que le conseil transitoire n'est pas habilité à faire.

Frais

(11) Le ministre peut rembourser le conseil transitoire des frais engagés pour satisfaire à une exigence prévue au paragraphe (6).

Réglementation des opticiens

1. Que la préparation des verres de contact, des lunettes autres que les lentilles grossissantes ordinaires et de tout appareil pour les malvoyants demeure un acte autorisé en vertu de la *LPSR*.

2. Que l'Ordre des opticiens de l'Ontario prenne un règlement, assujetti à l'approbation du lieutenant-gouverneur en conseil, permettant à ses membres de déléguer l'exécution de l'acte autorisé décrit à l'article 4 de la *Loi de 1991 sur les opticiens*, sous réserve des modalités appropriées.

3. Que, dans le cas où l'Ordre des opticiens de l'Ontario ne prenne pas le règlement conformément à l'alinéa 5(1)c) de la *LPSR* et au Règl. de l'Ont. 828/93 modifié jusqu'au Règl. de l'Ont. 216/94, article 1.4, le ministre ordonne à l'Ordre de prendre un règlement permettant à ses membres de déléguer l'exécution de l'acte autorisé décrit à l'article 4 de la *Loi de 1991 sur les opticiens*, sous réserve des modalités appropriées.

4. Que les membres de l'Ordre des opticiens de l'Ontario ne soient pas être autorisés à préparer des appareils de correction visuelle en s'appuyant uniquement sur les résultats des examens de réfraction.

5. Que le ministre révoque la directive émise par l'hon. Elizabeth Witmer à l'Ordre des opticiens de l'Ontario le 7 février 2001, et

   Que le ministre émette une nouvelle directive exigeant que l'Ordre des opticiens de l'Ontario élabore une norme de pratique limitant le pouvoir de ses membres de pratiquer un examen de réfraction aux seuls cas où celui-ci est mené dans le cadre d'un examen complet de la vue, en collaboration avec un optométriste ou un médecin.

6. Que l'Ordre des opticiens de l'Ontario, l'Ordre des optométristes de l'Ontario et l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario collaborent au maintien de normes et de directives de pratique applicables à leurs membres respectifs.

7. La mise en oeuvre de ces recommandations n'exige aucune modification à la *Loi de 1991 sur les opticiens*.

ERRATA

Veuillez remplacer la recommandation 23 sur les pages 47, 115 et 348 avec le suivant:

23. Que le paragraphe 26 (2) de l'annexe 2, Code des professions de la santé soit abrogé et remplacé par ce qui suit :

Pouvoirs du sous-comité

(2) Après avoir étudié les résultats d'une enquête concernant une plainte ou un rapport, ainsi que les observations du membre, et avoir examiné ou avoir fait des efforts raisonnables pour examiner tous les documents et éléments d'information qui, selon lui, se rapportent à la plainte ou au rapport, le sous-comité peut prendre l'une ou l'autre, ou plusieurs, des mesures suivantes :

1. Renvoyer toute allégation précisée de faute professionnelle ou d'incompétence du membre au comité de discipline, si elle se rapporte à la plainte ou au rapport.

2. Adresser le membre au comité d'aptitude professionnelle aux fins de procédures pour incapacité.

3. Exiger du membre qu'il se présente devant le sous-comité pour recevoir un avertissement.

4. Exiger du membre qu'il suive un programme d'éducation permanente ou de redressement précis.

5. Exiger du membre qu'il se soumette à un examen de son état physique ou psychologique ou de son exercice pratique, ou à toute autre évaluation.

6. Accepter un engagement volontaire de la part du membre.

7. Suivre les progrès réalisés par rapport aux mesures requises conformément aux paragraphes 4, 5 ou 6.

8. Faciliter et surveiller les progrès de tout autre processus de règlement à l'amiable conclu entre le plaignant et le membre avant de renvoyer une allégation au comité de discipline ou un membre au comité d'aptitude professionnelle.

9. Prendre toute mesure qu'il estime opportune et qui n'est pas incompatible avec la loi sur une profession de la santé, le présent code, les règlements ou les règlements administratifs.

Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé
55, avenue St. Clair Ouest
Bureau 806, casier 18
Toronto (Ontario) Canada M4V 2Y7

Téléphone : 416 326 1550
Interurbains sans frais : 1 888 377 7746
Télécopieur : 416 326 1549

Site web : **www.hprac.org**

Courriel : **HPRACWebMaster@moh.gov.on.ca**

ISBN 1-4249-0448-X (Print)
© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2006
.5M 04/06
Available in English